

Kognitive Stimulationstherapie zur Beeinflussung der Lebensqualität bei Demenz

Kamber Stéphanie
17667486

Osterwalder Rahel
17667619

Departement Gesundheit
Institut für Pflege
Studienjahr: 2017
Eingereicht am: 01.05.2020
Begleitende Lehrperson: Musholt Markus

**Bachelorarbeit
Pflege**

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	II
Abstract	V
1 Einleitung.....	1
1.1 Ziel der Arbeit.....	3
1.2 Fragestellung der Arbeit.....	3
2 Theoretischer Hintergrund.....	3
2.1 Demenz.....	3
2.2 Demenzformen.....	5
2.3 Demenzstadien	6
2.4 Kognitive Stimulationstherapie.....	8
2.5 Weiterführende KST.....	11
2.6 Lebensqualität.....	11
2.6.1 Quality of Life Alzheimer's Disease (QoL-AD).....	11
2.7 Wirkung	12
2.8 Stationäre Langzeitpflege	12
2.9 Evidence-based Nursing Modell (EBNM).....	13
3 Methodik.....	14
3.1 Literaturrecherche	14
3.2 Limits.....	15
3.3 Ein- und Ausschlusskriterien.....	16
3.4 Flussdiagramm.....	18
3.5 Beurteilung der Studien.....	19
4 Ergebnisse	20
4.1 Übersichtstabelle der Studien	21

4.2	Cognitive stimulation therapy (CST) for people with dementia - who benefits most? (Aguirre et al., 2013)	25
4.3	Cognitive stimulation therapy in the Italian context: It's efficacy in cognitive and non-cognitive measures in older adults with dementia (Capotosto et al., 2017)	28
4.4	Efficacy of a cognitive stimulations therapy program for people with dementia (Coen et al., 2011)	32
4.5	An evaluation of community-based cognitive stimulation therapy: A pilot study with an Irish population of people with dementia (Kelly et al., 2017).....	35
4.6	Maintenance cognitive stimulation therapy for dementia: Single-blind, multicenter, pragmatic randomized controlled trial (Orrell et al., 2014)	38
4.7	Efficacy of cognitive stimulation therapy for older adults with vascular dementia (Piras et al., 2017).....	40
4.8	Cognitive stimulation therapy (CST) for people with dementia in practice: An observational study (Streater et al., 2016).....	44
5	Diskussion	47
6	Beantwortung der Fragestellung	51
7	Theorie-Praxis-Transfer	52
7.1	Forschungsperspektive	52
7.2	Expertise der Pflege.....	53
7.3	Umgebungsbedingungen	54
7.4	Ziele, Präferenzen, Wünsche des Klienten/der Klientin	54
8	Schlussfolgerung	56
9	Empfehlungen für die Forschung	58
10	Limitationen	59
	Literaturverzeichnis	61
	Abbildungsverzeichnis	68
	Tabellenverzeichnis	68

Wortzahl	69
Danksagung	69
Eigenständigkeitserklärung	69
Anhang	70
Anhang A: Suchverlauf	70
Anhang B: AICA Raster mit Zusammenfassungen und Würdigungen der Studien	74
Anhang B1: Aguirre et al. (2013).....	74
Anhang B2: Capotosto et al. (2017)	82
Anhang B3: Coen et al. (2011).....	89
Anhang B4: Kelly et al. (2017).....	98
Anhang B5: Orrell et al. (2014).....	106
Anhang B6: Piras et al. (2017)	115
Anhang B7: Streater et al. (2016).....	123

Abstract

Darstellung des Themas

Schätzungsweise sind rund 154'700 Menschen in der Schweiz von Demenz betroffen und 65 Prozent der Bewohner und Bewohnerinnen von stationären Langzeitinstitutionen weisen eine Demenzdiagnose auf. Die Lebensqualität von Demenzerkrankten wurde in den vergangenen Jahren zum Schlüsselkonzept und kann von unterschiedlichsten Faktoren und Therapien beeinflusst werden. Nebst Medikamenten bestehen unterschiedliche psychosoziale und nicht-medikamentöse Behandlungsoptionen. Eine davon ist die kognitive Stimulationstherapie (KST), ein Gruppenprogramm zur kognitiven Anregung für Menschen, die an einer leichten bis mittelgradigen Demenz erkrankt sind.

Fragestellung

Welche Wirkung hat die kognitive Stimulationstherapie auf die Lebensqualität von Menschen mit einer leichten bis mittelgradigen Demenzerkrankung in der stationären Langzeitpflege?

Methode

Es wurde eine systematisierte Literaturrecherche in den pflegewissenschaftlichen Datenbanken MEDLINE, CINAHL Complete und PsycINFO durchgeführt. Die Ergebnisse von sechs quantitativen und einer Mixed-methods Studie wurden ausgewertet, verglichen und diskutiert.

Ergebnisse

Die Ergebnisse zeigen, dass die Lebensqualität der Demenzbetroffenen durch die KST aufrechterhalten blieb oder verbessert eingeschätzt wurde.

Schlussfolgerung

Die KST kann eine positive Wirkung auf die Lebensqualität von Menschen, die an einer leichten bis mittelgradigen Demenz erkrankt sind, haben. Die KST sollte als kosteneffiziente, nicht-medikamentöse Intervention in stationären Langzeitinstitutionen als Auswahlmöglichkeit zur Verfügung stehen.

Keywords

Cognitive stimulation therapy, dementia, long-term care, quality of life

1 Einleitung

Weltweit sind schätzungsweise über 50 Millionen Personen von einer Demenz betroffen (Alzheimer's Disease International, 2019). Die Zahl der Demenzerkrankten steigt erheblich (Tettenborn & Felbecker, 2019) und wird im Jahre 2050 auf 152 Millionen ansteigen (Alzheimer's Disease International, 2019). Mit steigendem Alter erhöht sich das Erkrankungsrisiko, womit sich der grösste Teil der Betroffenen zwischen dem 65. und 95. Lebensjahr befindet (Bundesamt für Gesundheit [BAG], 2019b). In Anbetracht der Häufigkeit und der gesellschaftlichen Dimensionen, ist der Begriff «Volkskrankheit» für die Demenz sicherlich stimmig (Tettenborn & Felbecker, 2019). Aufgrund der stark altersabhängigen Demenzprävalenz und der zunehmend alternden Bevölkerung, zeigt sich die Zunahme der Volkskrankheit insbesondere in westlichen Ländern (Tettenborn & Felbecker, 2019). Laut BAG leben in der Schweiz schätzungsweise 154'700 Menschen mit Demenz. Hinzu kommen jährlich 29'500 Neuerkrankungen (BAG, 2019a).

Gemäss einer Studie von Gunten et al. (2011, zit. nach Höpflinger, 2019, S. 11) weisen Bewohner und Bewohnerinnen der stationären Langzeitpflege in der Schweiz, in über 65 Prozent, eine ärztlich diagnostizierte Demenzdiagnose oder kognitive Beeinträchtigung, welche das Vorliegen einer Demenz vermuten lässt, auf. Dies zeigt, dass Demenzerkrankte immer mehr die stationäre Langzeitpflege bestimmen (Höpflinger, 2019).

In über einem Drittel der stationären Langzeitinstitutionen werden spezielle Abteilungen für Demenzerkrankte geführt (Höpflinger, 2019). Die Betroffenen in spezialisierten Demenzwohnformen zu betreuen und zu pflegen, bieten gute Voraussetzungen dafür, deren Lebensqualität zu steigern (Cahill, O'Shea & Pierce, 2012). Die Lebensqualität wurde in den vergangenen Jahren zu einem Schlüsselkonzept bei demenziellen Erkrankungen (Brood, Stewart, Sands & Walton, 1999). Ebenso definierte die Nationale Demenzstrategie 2014-2019 das Ziel, Verbesserungen der Lebensqualität von Demenzerkrankten zu erreichen (BAG, 2019b). Demenzerkrankte zu aktivieren, lange inaktive Phasen zu vermeiden und die Betroffenen als Individuen kennenzulernen, liegt im Interesse von vielen Pflegefach- und Betreuungspersonen (Spector, Thorgrimsen, Woods & Orrell, 2012). In der stationären Langzeitpflege ist die

Profession der Pflegefachpersonen zahlreich vertreten und gemäss Felbecker et al. (2019) ist die Lebensqualität von demenzerkrankten Personen eng mit der Qualität der Betreuung verbunden.

Die Autorinnen erlebten die Pflege von Demenzerkrankten in vergangenen Praktika als besonders herausfordernd. Das Wissen zur Pflege von demenzkranken Menschen zu erweitern sowie unterstützend zur möglicherweise verbesserten Lebensqualität der Betroffenen zu wirken, steht im persönlichen Interesse der beiden Autorinnen.

Behandlungsoptionen bei Demenz bieten, nebst Medikamenten, unterschiedliche psychosoziale oder nicht-medikamentöse Interventionen (Lobbia et al., 2019).

Die kognitive Stimulationstherapie (KST) wurde als nicht-medikamentöse Intervention für Menschen, die an einer leichten bis mittelgradigen Demenz erkrankt sind, entwickelt (Aguirre et al., 2018). Sie ist eine von wenigen Interventionen, wofür wissenschaftliche Untersuchungen zur Wirksamkeit erfolgten und diese belegt werden konnten (Spector et al., 2012). Die KST bietet ein klares und einfaches Therapieprogramm (Spector et al., 2012) und zeigte sich anhand einer Untersuchung von Knapp et al. (2006) als kosteneffektiv. Entwickelt wurde das Therapieprogramm in Grossbritannien (University College London [UCL], 2020). Gemäss der UCL ist die KST weltweit in allen Kontinenten, mit Ausnahme der Antarktis, verbreitet und wird in mindestens 30 verschiedenen Ländern angewendet (UCL, 2020). In Grossbritannien ist die KST bereits gut anerkannt (Streater, Spector, Aguirre & Orrell, 2016). Das National Institute for Health and Clinical Excellence and the Social Care Institute for Excellence (NICE-SCIE) befürworten den Zugang des Programms in ihren Richtlinien (National Collaborating Centre for Mental Health, 2007). Eine Prüfung von Hodge und Hailey (2013, zit. nach Streater et al., 2016, S. 762) zeigte, dass 66 Prozent der Menschen, welche in Grossbritannien an Demenz erkrankt sind, Zugang zur KST haben. Daten zur Anwendung der KST in der Schweiz sind nicht bekannt (UCL, 2020).

Es wurden schon mehrere Studien zum Thema KST durchgeführt, welche verschiedene Aspekte im Umfeld der kognitiven Anregung untersuchten (Spector et al., 2012). Obwohl ein kürzlich durchgeführtes Review Daten von unterschiedlichen Studien zusammenfasste, welche die Wirkung der KST auf die Lebensqualität von Demenzerkrankten untersuchten (Lobbia et al., 2018), sind diese Daten nur bedingt auf

das schweizerische Gesundheitssystem übertragbar, da mehrheitlich Studien aus asiatischen Ländern miteingeschlossen wurden.

Deshalb wird, mit Einbezug der Ergebnisse unterschiedlicher Studien, die Wirkung der KST auf die Lebensqualität erläutert. Die Bachelorarbeit beschäftigt sich mit dem im nächsten Kapitel 1.1 beschriebenen Ziel.

1.1 Ziel der Arbeit

Die Bachelorarbeit hat zum Ziel, die Wirkung der kognitiven Stimulationstherapie auf die Lebensqualität von Menschen in der stationären Langzeitpflege, welche an einer leichten bis mittelgradigen Demenz erkrankt sind, mit Hilfe von Ergebnissen unterschiedlicher Studien, zu beschreiben.

Im Praxistransfer dieser Arbeit soll aufgezeigt werden, wie eine optimale Umsetzung der KST, in der stationären Langzeitpflege, durch das Pflegepersonal erfolgen sollte.

1.2 Fragestellung der Arbeit

Folgende Fragestellung wurde zur Erreichung des Ziels formuliert:

«Welche Wirkung hat die kognitive Stimulationstherapie auf die Lebensqualität von Menschen mit einer leichten bis mittelgradigen Demenzerkrankung in der stationären Langzeitpflege?»

2 Theoretischer Hintergrund

In den folgenden Kapiteln 2.1 bis 2.9 werden die zentralen Begriffe der Bachelorarbeit erklärt und die theoretischen Hintergrundinformationen aufgezeigt.

2.1 Demenz

«Demenz» ist der Begriff eines klinischen Symptoms, für welches unterschiedliche Definitionen bestehen. Verstanden werden darunter chronische oder fortschreitende Hirnerkrankungen. Defizite einiger kognitiver Domänen stellen das Hauptmerkmal der Erkrankung dar. Betroffene sind in den Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) eingeschränkt. Zusätzlich zeigen sich im Krankheitsverlauf oft psychische sowie verhaltensbezogene Symptome (Oberholzer et al., 2019).

Im deutschsprachigen Raum wird meist die Definition der «World Health Organisation» (WHO), in Anlehnung an die internationale, statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10), verwendet (Oberholzer et al., 2019).

Laut ICD-10 wird mit Demenz eine chronisch fortschreitende Hirnerkrankung verstanden, wobei das Bewusstsein nicht getrübt ist. Symptomatisch zeigt die Erkrankung Störungen von einigen kognitiven Funktionen, wie beispielsweise Denken, Orientierung, Gedächtnis und Auffassung. Begleiterscheinungen sind Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens sowie der Motivation, welche gelegentlich bereits vor dem Auftreten der kognitiven Einschränkungen vorkommen (WHO, 2018).

In der DSM-Klassifikation (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), ein Klassifikationssystem der Psychiatrie, wurde die Demenzdiagnose der DMS-5 Version, durch den Begriff «Major Neurocognitive Disorder» (NCD) ersetzt. Der Major NCD entspricht dem geläufigen Begriff «Demenz» (Oberholzer et al., 2019).

Im Vergleich zeigt der Minor NCD mildere kognitive Einschränkungen und weist ein Zwischenstadium zwischen Demenz und normalem Altern auf. Anstelle der Bezeichnung «Minor NCD» wird oft auch der Begriff «Mild Cognitive Impairment» (MCI) verwendet. Die Abgrenzung von Minor versus Major NCD sowie auch von MCI versus Demenz zeigt sich durch relevante Beeinträchtigungen in den ATLS beim Major NCD / Demenz, welche beim Minor NCD / MCI nicht eingeschränkt sind (Oberholzer et al., 2019).

Der Major NCD schliesst zusätzlich chronische, kognitive Schädigungen, beispielsweise nach einem Schädel-Hirn-Trauma, mit ein. Dieser Begriff hat den Vorteil, den negativ belegten Begriff der Demenz zu ersetzen (Oberholzer et al., 2019).

Folgende Aspekte sind in den gebräuchlichen Definitionen des DSM und ICD gemeinsam: Die Abgrenzung zum Delir, die zeitliche Dynamik einer chronischen, meist fortschreitenden Erkrankung, die Beeinträchtigung von Alltagsfunktionen sowie die Defizite, welche das Mass des normalen Alterns überschreiten (Oberholzer et al., 2019).

2.2 Demenzformen

Im Allgemeinen wird die Erkrankung in primäre und sekundäre Demenz unterschieden (Kastner & Löbach, 2018). Die primäre Demenz lässt sich durch eine fortlaufende Zerstörung des Hirngewebes beschreiben, wobei der Prozess direkt im Hirn stattfindet (Kastner & Löbach, 2018). Die häufigste Demenzform stellt mit 50 Prozent der Fälle die Alzheimer-Krankheit dar. 20 Prozent sind von einer vaskulären Demenz betroffen. Häufig besteht auch eine Mischform dieser beiden Erkrankungen (Alzheimer Schweiz, 2010).

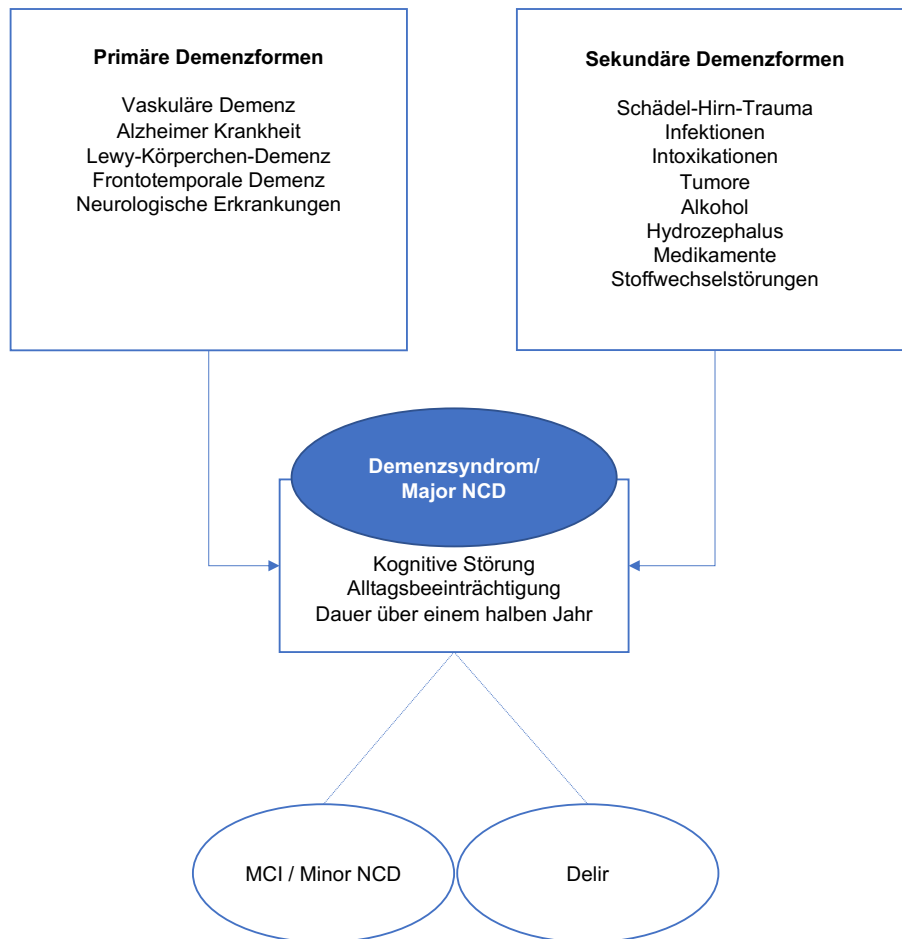
Alzheimer zeigt sich zu Beginn mit Merkfähigkeits- und Wortfindungsstörungen und ist geprägt durch einen schleichenden Krankheitsverlauf. Hinzu kommen körperliche Symptome wie Gangstörungen sowie psychische Veränderungen. Die Ursachen sind bis heute nicht ausreichend erforscht (Kastner & Löbach, 2018).

Die vaskuläre Demenz tritt hingegen plötzlich auf und nimmt einen stufenhaften Verlauf. Sie beginnt in der Regel in Zusammenhang mit einer vaskulären Schädigung des Gehirns (Kastner & Löbach, 2018). Weitere primäre Demenzformen sind die Frontotemporale Demenz, die Lewy-Körperchen-Demenz oder die Demenz bei Morbus Parkinson (Kastner & Löbach, 2018). Kastner und Löbach (2018) unterscheiden die primäre Demenzform zusätzlich in degenerative und nichtdegenerative Demenzen, worauf jedoch in dieser Arbeit nicht genauer eingegangen wird.

Demenzen, die aufgrund von Schädigungen oder Erkrankungen ausserhalb des Gehirns ausgelöst werden, wie beispielsweise durch Stoffwechselveränderungen, Epilepsie oder ein Schädel-Hirn-Trauma, werden als sekundäre Demenzformen beschrieben. Oft sind diese Ursachen behandelbar und die daraus resultierende Demenz reversibel (Kastner & Löbach, 2018). Rund zehn Prozent der Fälle sind davon betroffen (Alzheimer Schweiz, 2010).

Nachfolgend werden die Demenzformen zur Verdeutlichung in der Abbildung 1 dargestellt.

Abbildung 1. Demenzformen angepasst nach Kastner & Löbach (2018)



2.3 Demenzstadien

Das Krankheitsstadium, mit der Unterscheidung von einer leichten bis mittelgradigen oder schweren Demenz, wird bei der Diagnosestellung ermittelt, was für eine passende Therapie und Betreuung von grosser Bedeutung ist (Alzheimer Schweiz, 2019a).

Zur Beurteilung des Schweregrads werden die kognitiven sowie funktionellen Ressourcen der Demenzerkrankten definiert (Monsch & Held, 2018). Dies kann mit Hilfe unterschiedlicher Assessmentinstrumente wie dem Mini Mental Status (MMST) (Folstein, M. R., Folstein, S. E. & McHugh, 1975) dem Mocca-Test (Nasreddine et al., 2005) oder der Clinical Dementia Rating Skala (CRS) (Morris, 1993) erfolgen, wobei

die geistigen Fähigkeiten mit neuropsychologischen Untersuchungen bestimmt werden (Monsch & Held, 2018). In dieser Arbeit wird jedoch nicht genauer auf diese Assessmentinstrumente eingegangen.

In der folgenden Tabelle 1 werden die Demenzstadien anhand Symptomen und dem Ausmass an Pflegebedürftigkeit aufgezeigt.

Tabelle 1

Aufzählungen der Demenzstadien

Demenzstadium	Beschreibung / Symptome
Leichte Demenz	<ul style="list-style-type: none"> - Arbeit und soziale Aktivitäten sind beeinträchtigt (Monsch & Held, 2018) - intaktes Urteilsvermögen (Monsch & Held, 2018) - Fähigkeit, Selbstständigkeit zu leben und zu erhalten (Monsch & Held, 2018) - neue Informationen können nicht gespeichert werden (Alzheimer Schweiz, 2019c) - Namen entfallen, Sätze werden nicht zu Ende gesprochen (Alzheimer Schweiz, 2019c) - örtliche Desorientierung in unvertrauter Umgebung (Alzheimer Schweiz, 2019c) - zeitliche Desorientierung betreffend Uhrzeit und Datum (Alzheimer Schweiz, 2019c)
Mittelgradige Demenz	<ul style="list-style-type: none"> - selbstständige Lebensführung macht Schwierigkeiten (Monsch & Held, 2018) - zunehmende Hilflosigkeit (Alzheimer Schweiz, 2019c) - Namen von vertrauten Personen und Gegenwertsereignissen werden vergessen (Alzheimer Schweiz, 2019c) - Schwierigkeiten beim Sprachverständnis und der Ausdrucksweise (Alzheimer Schweiz, 2019c) - Tätigkeiten des täglichen Lebens sind nur mit Anleitung möglich (Alzheimer Schweiz, 2019c) - örtliche Desorientierung in vertrauter Umgebung (Alzheimer Schweiz, 2019c)

	-	zeitliche Desorientierung der Jahreszeiten (Alzheimer Schweiz, 2019c)
Schwere Demenz	-	stark beeinträchtigte Aktivitäten des täglichen Lebens (Monsch & Held, 2018)
	-	kontinuierliche Aufsicht nötig (Monsch & Held, 2018)
	-	Langzeitgedächtnis von Vergesslichkeit betroffen (Alzheimer Schweiz, 2019c)
	-	Sprache zeigt sich durch einzelne Worte oder Verstummung (Alzheimer Schweiz, 2019c)
	-	vertraute Personen werden nicht wiedererkannt (Alzheimer Schweiz, 2019c)
	-	häufig Urin- und Stuhlinkontinenz (Monsch & Held, 2018)
	-	zunehmende Immobilität (Monsch & Held, 2018)

Die Demenzsymptome können, je nach Demenztyp, in unterschiedlichen Schweregraden und zu unterschiedlichen Zeitpunkten auftreten. Der Ablauf innerhalb der Erkrankungsbilder zeigt jedoch eine nahezu regelhafte Abfolge der Symptome (Kastner & Löbach, 2018).

Jede Person, die an Demenz erkrankt, ist einzigartig und die Erkrankung zeigt sich somit bei jeder Person unterschiedlich. Diese drei Stadien sind auf die Symptome im Allgemeinen ausgerichtet und erklären nicht, wie unterschiedlich die Menschen in den verschiedenen Stadien reagieren (Kuhn & Verity, 2012).

2.4 Kognitive Stimulationstherapie

Die «kognitive Stimulationstherapie» (KST) ist ein von Spector und anderen entwickeltes Gruppenprogramm zur kognitiven Anregung (Aguirre et al., 2018).

Die KST wurde für Betroffene aller Demenzformen mit einer leichten bis mittelgradigen Demenz konzipiert. Es handelt sich um eine Kurzzeit-Behandlung für Kleingruppen von fünf bis sieben Personen (Aguirre et al., 2018).

Allgemein gilt, dass mangelnde Anforderungen für Menschen mit Demenz, zu einem kognitiven Niedergang beitragen. Deshalb ist das Ziel der KST, eine Anregung der Kognition zu erlangen. Dabei geht es um eine eher allgemeine, unspezifische

Stimulation, mit dem Ziel, die sozialen und emotionalen Ressourcen und Kompetenzen der Demenzerkrankten zu fördern (Spector, Orrell, Davies & Woods, 2001).

Folgende vier Quellen werden für die Themenwahl der Sitzungen berücksichtigt: Sinne, Tätigkeiten des täglichen Lebens, Erinnerungen der Vergangenheit und soziale Bezüge / Hobbies (Spector et al., 2001).

Das Standardprogramm umfasst pro Woche zwei Gruppentherapien à 45 Minuten, welche während sieben Wochen durchgeführt werden (Aguirre et al., 2018).

Die Ansätze der personenzentrierten Pflege nach Kitwood (1997) wurden bei der Erstellung des Programmes miteinbezogen. Das Programm basiert auf 18 verschiedenen Schlüsselprinzipien (Spector, Thorgrimsen, Woods & Orell, 2006), welche in der Tabelle 2 aufgezeigt werden.

Werden diese Schlüsselprinzipien nicht umgesetzt, besteht die Gefahr, dass die Teilnehmenden den Eindruck erhalten, herablassend behandelt zu werden. Dies kann zu einer negativen Lebensqualität führen (Spector et al., 2012).

Tabelle 2

18 Schlüsselprinzipien der KST nach Spector et al. (2006)

Schlüsselprinzipien	Erklärung der Begriffe
Geistige Anregung	- Personen geistig anregen und aktivieren
Neue Ideen, Gedanken und Assoziationen	- Immer wieder neue Ideen, Gedanken und Assoziationen zu wecken und nicht Gelerntes nochmals abrufen
Orientierung	- Orientierung zu Ort, Zeit, Person und Situation vermittelt Sicherheit
Lebensrückblick als Brücke zum Hier und Jetzt	- Auf Erinnerungen von Früher zurückgreifen - zurückliegende Lebensereignisse sensibel ansprechen
Orientierungs- und Abrufhilfen	- Realitätsorientierungs-Tafel benutzen, um Erinnerungen hervorzurufen

	- Non-verbale Kommunikation ebenso benutzen wie die verbale
Struktur und Zusammenhang der Einzelsitzungen	- Durch Wiederholung und Herstellung von Zusammenhängen das Gedächtnis und Lernen fördern
Impliziertes (statt expliziertes) Lernen	- Den Personen nicht bewusst machen, dass sie etwas lernen und kognitiv stimuliert werden - gemeinsame Aktivitäten planen, die Spass macht
Sprache und Sprechen stimulieren	- Sprachfertigkeit der Personen verbessern
Exekutivfunktionen stimulieren	- Die Handlungsplanung und- Organisation sind oft beeinträchtigt - Personen sollten ihre Meinungen äussern
Personenzentriertheit	- Personen im Ganzen sehen, nicht nur Demenz - auf die Stärken der Personen achten
Respekt	- Personen respektvoll behandeln - Teilnehmende unterschiedlich sein lassen (kulturell und ethnisch)
Engagement der Gruppenmitglieder	- Möglichkeiten suchen, um alle Teilnehmenden mitwirken zu lassen - Gruppenmitglieder ermutigen, miteinander zu sprechen
Inklusion	- Auf Personen achten, die isoliert wirken - Klima der Toleranz und Wertschätzung schaffen
Auswahlmöglichkeiten bieten	- Teilnehmende möglichst zwischen mehreren Angeboten und Aktivitäten wählen lassen
Gemeinsam Spass haben	- Lernen sollte Spass machen - Materialien vermeiden, die für Kinder gedacht sind
Das Potenzial maximieren	- Teilnehmenden Zeit lassen - Zeigen, dass sie noch lernfähig sind
Beziehungen aufbauen und stärken	- Personenzentriert betreuen - Beziehungen in der Gruppe stärken

2.5 Weiterführende KST

Aufbauend auf dem Standardprogramm ist gemäss Aguirre et al. (2010) die weiterführende KST. Darunter wird eine Fortführung des Standardprogramms verstanden. Nach den sieben Wochen Standardprogramm wird die KST einmal wöchentlich über 24 Wochen weitergeführt (Aguirre et al., 2010).

2.6 Lebensqualität

«Lebensqualität» ist eine von physischen, emotionalen, ökonomischen, sozialen und spirituellen Faktoren abhängige, subjektive Wahrnehmung. Im Zentrum zur Erreichung einer guten Lebensqualität steht die Wahrung der Autonomie sowie die soziale Partizipation (Felbecker et al., 2019).

Gemäss Walker & Lowenstein (2009, zit. nach Oppikofer, 2013, S. 2) gibt es bis heute noch keine allgemeine Definition von Lebensqualität. Die äussere oder objektive Lebensqualität (äussere Lebensbedingungen), die subjektive Lebensqualität (emotionale Interpretation des eigenen Lebens) und die funktionale Lebensqualität zählen heute zu den drei Lebensqualitätsansätzen (Martin, Schneider, Eicher & Moor, 2012).

In dieser Arbeit wird die Lebensqualität durch das von Logsdon, Gibbons, McCurry und Teri (1999) entwickelte Messinstrument «Quality of Life Alzheimer's Disease» (QoL-AD) definiert.

2.6.1 Quality of Life Alzheimer's Disease (QoL-AD)

Bei diesem Assessmentinstrument wird die Lebensqualität der an Demenz erkrankten Person durch die betroffene Person selbst (Eigenbewertung) sowie durch eine Bezugsperson (Proxybewertung) bewertet. Folgende 13 Punkte werden in Form von Interviewfragen beurteilt: Körperlicher Gesundheitszustand/Energie, Stimmung, Gedächtnis, Freunde, Familie, Ehe/Partnerschaft, Wohnverhältnisse, Fähigkeit, Aufgaben im und um das Haus herum zu erledigen, Fähigkeit, etwas zu seinem Vergnügen zu machen, Geld und das Leben insgesamt (Logsdon, Gibbons, McCurry & Teri, 2002).

Der Fragebogen wird anhand eines Vier-Punkte-Systems ausgewertet. Je tiefer die Zahl, desto schlechter wurde die Frage, zur eingeschätzten, subjektiven

Lebensqualität, bewertet. Das heisst, dass ein höherer Wert eine besser eingeschätzte, subjektive Lebensqualität bedeutet (Logsdon et al., 2002).

Der Fragebogen gibt zu jedem Bereich folgende Antwortmöglichkeiten: «schlecht, einigermaßen, gut oder sehr gut». Wenn einer der Bereiche nicht ein Teil des Lebens der Betroffenen ist, kann man auf die Antwort «nicht zutreffend» ausweichen (Logsdon et al., 2002).

Die Bezugsperson des Teilnehmenden füllt den Proxy-Fragebogen selbstständig in einem separaten Raum aus. Ziel ist es, die aktuelle Lebenssituation des Demenzerkrankten in den letzten Wochen zu beurteilen (Logsdon et al., 2002).

Die Punktzahl der Bezugspersonen kann entweder im Verhältnis von 2:1 mit der Punktzahl des Demenzerkrankten zusammengerechnet oder separat aufgeführt werden (Logsdon et al., 1999).

Der QoL-AD wird europaweit für Ergebnismessungen von psychosozialen Interventionen bei Demenzerkrankten empfohlen (Moniz-Cook et al., 2008). Die Reliabilität und Validität des QoL-AD ist mehrfach bestätigt (Ready & Ott, 2003).

2.7 Wirkung

Die «Wirkung» wird nach Duden (2010) folgendermassen definiert:

«Durch eine verursachende Kraft bewirkte Veränderung, bewirktes Ergebnis» (Wermke, Kunkel & Scholze, 2010, S. 1099).

2.8 Stationäre Langzeitpflege

«Stationär» bezieht sich auf etwas Feststehendes, wie eine Station in einer Klinik. Das Gegenteil davon wird als ambulant bezeichnet (Wied & Warmbrunn, 2012).

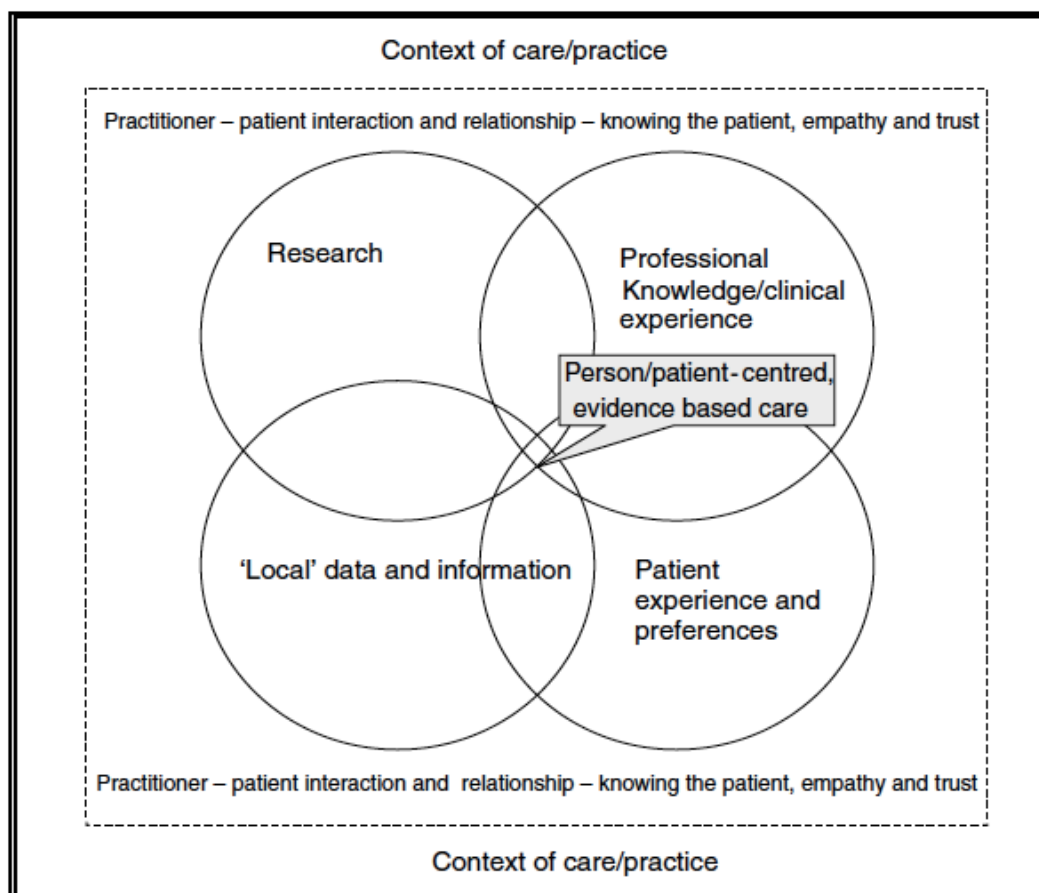
Wied und Warmbrunn (2012) verstehen unter «Langzeitpflege» eine «dauerhafte Betreuung und Versorgung von pflegebedürftigen oder behinderten Menschen in einer Einrichtung des Gesundheitswesens (Langzeitpflegeeinrichtung) oder durch einen ambulanten Pflegedienst» (S. 518).

Somit bezieht sich die stationäre Langzeitpflege auf Pflegebedürftige in stationären Einrichtungen.

2.9 Evidence-based Nursing Modell (EBNM)

In der Abbildung 2 ist das evidenzbasierte Pflegemodell nach Rycroft-Malone et al. (2004) dargestellt. Rycroft et al. (2004) baut auf der Annahme auf, dass unterschiedliche Quellen zur Erreichung einer effektiven Pflege genutzt werden müssen. Dazu nannte er folgende vier Aspekte: Forschungsperspektive, Umgebungsbedingungen, Expertise der Pflegenden sowie die Ziele, Präferenzen und Wünsche des Patienten oder der Patientin. Die vier genannten Faktoren unterstützen eine problem- und handlungsorientierte Entscheidungsfindung in der Praxis, überprüfen die Praxistauglichkeit einer pflegerischen Massnahme und beeinflussen im Endeffekt die pflegerische Entscheidung. Das Modell wirkt unterstützend zur Verbesserung der Pflegepraxis.

Abbildung 2. Modell von Rycroft-Malone (Rycroft et al., 2004)



3 Methodik

Von dem Literaturreview wird die Beantwortung der Fragestellung abgeleitet. In dieser Bachelorarbeit wird die Wirkung der KST auf die Lebensqualität bei Demenzerkrankten untersucht und bearbeitet.

Als weiterer Schritt wird im Praxistransfer aufgezeigt, wie die KST bei Demenzerkrankten im stationären Pflegealltag integriert und angewendet werden kann. Die stetige Entwicklung des schweizerischen Gesundheitssystems, mit dem aktuellen Fachkräftemangel der Pflege und den steigenden Kosten, wird dabei berücksichtigt, um eine möglichst hohe Übertragbarkeit auf die momentane Situation zu gewährleisten (Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK-ASI, 2018; BAG, 2018).

3.1 Literaturrecherche

Die systematisierte Literaturrecherche zur Beantwortung der Fragestellung wurde in den pflegerisch relevanten Datenbanken CINAHL Complete, MEDLINE und PsycINFO durchgeführt. Die Literaturrecherche erfolgte im Zeitraum zwischen Juli und Dezember 2019. Die Suche fand, mittels den in Tabelle 3 aufgeführten Keywords, statt.

Die weiterführende Literatur ist unsystematisch, durch eine Handsuche, in den Literaturverzeichnissen der ausgewählten Studien gesucht worden.

Im NEBIS Katalog wurde für den theoretischen Hintergrund und die Begriffsdefinitionen nach Fachliteratur recherchiert.

Tabelle 3*Verwendete Keywords für die Literaturrecherche*

Kategorie	Deutsche Keywords	Englische Keywords
Phänomen	Kognitive Stimulation	cognitive stimulation
	Stimulationstherapie	cognitive stimulation therapy
		CST
Population	Demenz	dementia, alzheimer's disease, neurocognitive disorder
Setting	Stationäre Langzeitpflege	care home, nursing home, long-term care
Gegenstandsbestimmung	Lebensqualität	quality of life, well-being
Weitere	Nicht-medikamentöse Interventionen	non-pharmacological intervention

Der MeSH Term «» wurde eingesetzt. Für die Verbindung der Keywords wurden die Boole'sche Operatoren «AND» und «OR» benutzt.

3.2 Limits

Zur Einschränkung der Suchergebnisse wurden mehrere Limits gesetzt.

Es sind ausschliesslich Studien, welche in den letzten zehn Jahren publiziert wurden, ausgewählt worden, um die Aktualität des Inhalts zu berücksichtigen.

Zusätzlich wurden nur Studien ausgewählt, die in englischer oder deutscher Sprache verfasst sind, um eine möglichst präzise Übersetzung durch die Autorinnen zu gewährleisten.

3.3 Ein- und Ausschlusskriterien

Die gefundenen Treffer wurden anhand des Titels der Studie und dem vorgegebenen Abstract auf ihre Relevanz überprüft und beurteilt. Weiter wurden die Studien aufgrund folgender Ein- und Ausschlusskriterien, ersichtlich in Tabelle 4, ausgewählt.

Tabelle 4

Übersicht der Ein- und Ausschlusskriterien

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Kognitive Stimulationstherapie (KST)	Ärztliche, medizinische oder Arzneimittel Interventionen
Leichte bis mittelgradige Demenz	Schwere Demenz
Studien, welche die Lebensqualität mit dem QoL-AD Fragebogen beurteilen	Studien, mit anderen Beurteilungen der Lebensqualität
Stationäre Langzeitpflege	Kliniken, die ausschliesslich ambulante oder Akutinstitutionen einschliessen (z. B. Spitex, Akutspital)
Studien aus amerikanischen, europäischen und australischen Ländern	Studien aus anderen Ländern

Um eine Einheitlichkeit der Interventionen zu erlangen und Vergleiche zu erlauben, wurden ausschliesslich Studien eingeschlossen, welche sich auf die KST nach Spector et al. (2003) beziehen.

Die KST ist ein entwickeltes Programm für Menschen mit einer leichten bis mittelgradigen Demenz, weshalb die schwere Demenz aus den Studien ausgeschlossen wurde (Spector et al., 2012).

Es wurden ausschliesslich Studien in diese Arbeit eingeschlossen, welche die Lebensqualität mit dem Assessmentinstrument QoL-AD auswerteten, da gemäss Walker & Lowenstein (2009, zit. nach Oppikofer, 2013, S. 2) bis heute noch keine allgemeine Definition von Lebensqualität besteht. Deshalb wurde ein einheitliches Assessmentinstrument gewählt, welches die Vergleichbarkeit der Studien begünstigt und den Rahmen einschränkt. Zudem wurde der QoL-AD für diese Arbeit als

geeignet gesehen, da die Person, welche den QoL-AD ausfüllt, einen MMST-Wert (Mini- Mental-Status-Test) von mindestens zehn haben muss (Logsdon et al., 2002). Menschen mit einer leichten bis mittelgradigen Demenz erfüllen dieses Kriterium, wobei ein MMST-Wert unter zehn auf ein schweres Demenzstadium hindeutet (Ivemeyer & Zerfass, 2005).

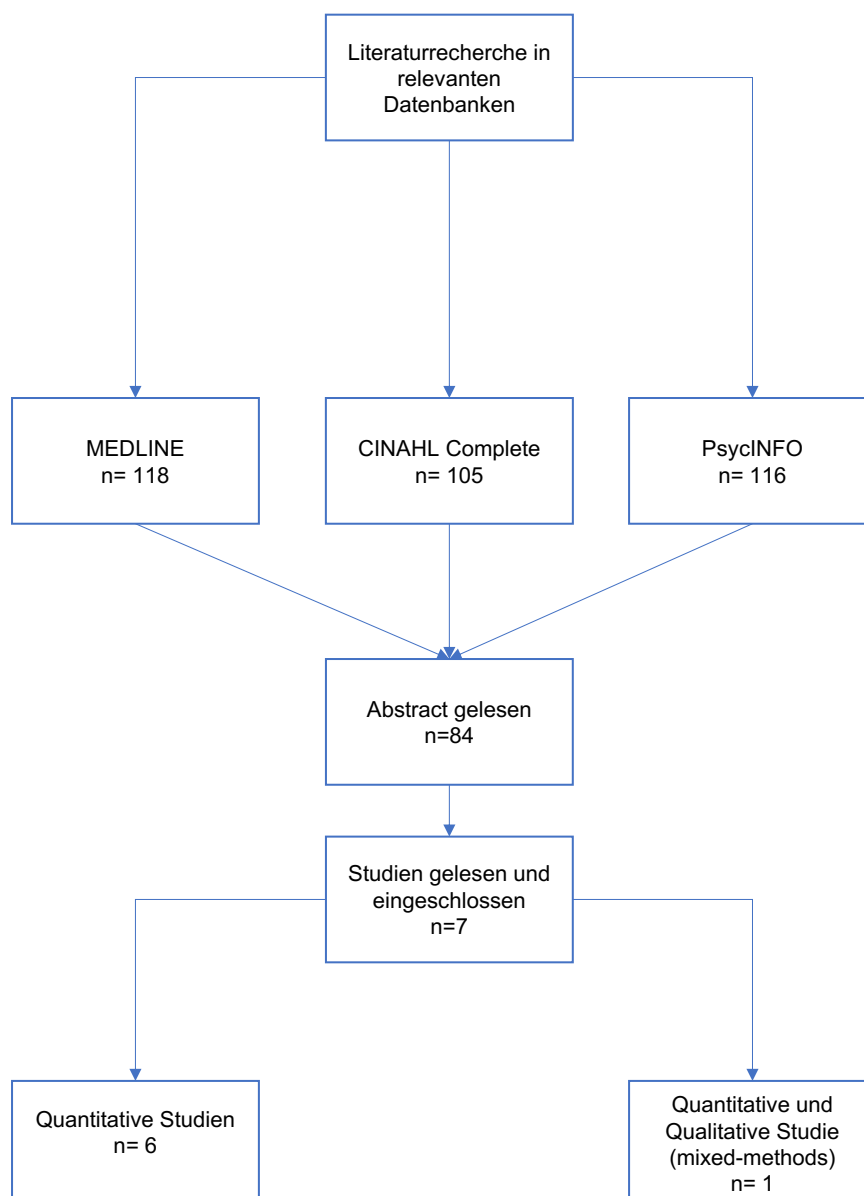
Da die stationäre Langzeitpflege immer stärker durch die demenziellen Erkrankungen bestimmt wird, wurden für diese Arbeit nur Studien eingeschlossen, welche mindestens teilweise in der stationären Langzeitpflege durchgeführt wurden (Höpflinger, 2019). Dies sorgte für eine bessere Vergleichbarkeit der Studien und ermöglichte später die Anwendung der Ergebnisse im Theorie-Praxistransfer.

Die Studienwahl wurde auf Studien aus Amerika, Europa und Australien begrenzt, da diese Gebiete kulturell vergleichbar sind sowie ähnliche medizinische Möglichkeiten anbieten und somit am besten auf das schweizerische Gesundheitssystem übertragbar sind.

3.4 Flussdiagramm

In folgender Abbildung 3 ist anhand eines Flussdiagramms die Literaturrecherche dargestellt.

Abbildung 3. Flussdiagramm der Literaturrecherche, eigene Erhebung und Darstellung

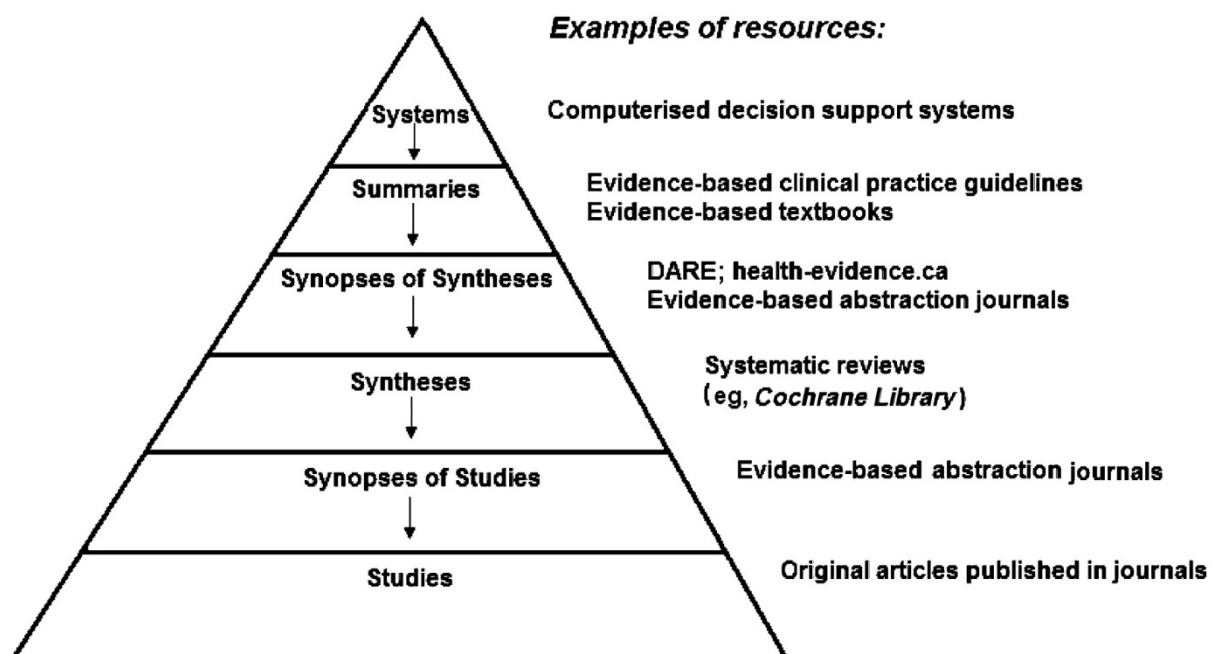


3.5 Beurteilung der Studien

Die ausgewählten Studien wurden anhand des Arbeitsinstruments für ein Critical Appraisal (AICA) (Ris & Preusse-Bleuler, 2015) der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaft (ZHAW) zusammengefasst und kritisch gewürdigt. Mit den Gütekriterien Objektivität, Reliabilität und Validität wurden die quantitativen Studien beurteilt (Bartholomeyczik, Linhart, Mayer, HA. & Mayer, HE., 2008).

Die 6S Pyramide von DiCenso, Bayley und Haynes (2009), wie in Abbildung 4 ersichtlich, diene zur Einschätzung des Evidenzlevels. Die Evidenz steigt von Stufe sechs (Studies) zur Stufe eins (Systems).

Abbildung 4. 6S Pyramide nach DiCenso et al. (2009)



4 Ergebnisse

Die Ergebnisse der sieben Studien werden in diesem Kapitel zusammengefasst und kritisch gewürdigt. In der Tabelle 5 sind die einzelnen Studien anhand wichtiger Kernpunkte dargestellt und die Einschätzung des Evidenzlevels anhand der 6S Pyramide nach DiCenso et al. (2009) aufgezeigt.

Detaillierte Zusammenfassungen und Würdigungen in Form von AICA Raster der Studien befinden sich im Anhang B. Die Anordnung der Studien erfolgte alphabetisch nach Autoren und Autorinnen.

Die Studien entsprechen den Ein- und Ausschlusskriterien dieser Arbeit, welche in Kapitel 3.3 näher bezeichnet wurden.

Aufgrund der Studienlage wurden, nebst Institutionen der stationären Langzeitpflege, in einigen Studien mehrere Settings eingeschlossen. Aus welchen Settings die Teilnehmenden der Studie von Kelly et al. (2017) ausgewählt worden sind, ist nicht ersichtlich. Dies führte dazu, dass Daten von anderen Settings, wie beispielsweise ambulante Institutionen, miteinbezogen wurden.

Alle Studien befassen sich nicht ausschliesslich mit der Lebensqualität, sondern nehmen zusätzlich noch Bezug auf weitere Themenbereiche, wie beispielsweise die Kognition der Demenzerkrankten. Diese Studien wurden aufgrund der eingeschränkten Studienlage trotzdem miteinbezogen. Die Zusammenfassungen und Würdigungen der Studien beziehen sich somit hauptsächlich auf die für die Fragestellung relevanten Aspekte.

4.1 Übersichtstabelle der Studien

Tabelle 5

Übersichtstabelle der sieben verwendeten Studien

Studie	Design	Setting/Stichprobe	Forschungsfrage/Ziel	Resultate/Erkenntnisse	Evidenzlevel nach DiCenso et al. (2009)
Cognitive stimulation therapy (CST) for people with dementia—who benefits most? Aguirre et al. (2013) England	Quantitatives Forschungsdesign Randomisiert kontrollierte Studie. Interventions- und Kontrollgruppe	272 Teilnehmende Dropouts = 36 18 Institutionen 9 Pflegeheime 9 Tageszentren	Haben soziodemographische Merkmale sowie der Einsatz von Antidementiva bei Menschen mit Demenz eine positive Reaktion auf die KST?	Keine der Variablen haben signifikante Beeinflussungen auf die Lebensqualität. Es sind keine Unterschiede des QoL-AD zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe ersichtlich.	6
Cognitive stimulation therapy in the Italian context: It's efficacy in cognitive and non-cognitive	Quantitatives Forschungsdesign Einfach, verblindete,	39 Teilnehmende Keine Dropouts Aus zwei italienischen Alters- und Pflegeheimen	Das Ziel ist, die Wirksamkeit, der für den italienischen Kontext angepassten KST (KST-IT), auf die	Die Interventionsgruppe zeigte nach dem ANOVA (Pre- und Posttest x Interventions- und Kontrollgruppe) eine	6

measures in older adults with dementia.	multizentrisch randomisiert kontrollierte Studie		Lebensqualität und die Kognition von Menschen mit einer leichten bis mittelgradigen Demenz zu bestimmen.	signifikante Veränderung vom Post- zum Pre-Test.
Capotosto et al. (2017)				
Italien	Kontroll- und Interventionsgruppe			
Efficacy of a cognitive stimulation therapy program for people with dementia.	Quantitative Studie Pre- und Post-interventionen Interventions- und Kontrollgruppe	27 Teilnehmende 3 Langzeitinstitutionen Keine Dropouts erwähnt	Das Ziel ist, festzustellen, ob die KST Vorteile in Kognition und Lebensqualität für Demenzerkrankte zeigt	Die Unterschiede zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe im Pretest auf die Lebensqualität zeigen sich in der Interventionsgruppe zwar verbessert, aber nicht signifikant ($p = 0.055$).
Coen et al. (2011)				
Irland				
An evaluation of community-based cognitive stimulation therapy: A pilot study with an Irish population of people with dementia.	Quantitatives und qualitatives Forschungsdesign (Mixed-method)	28 Teilnehmende keine Dropouts vier verschiedene Standorte in Irland	Die Wirkung der einmal wöchentlichen KST wird während 14 Wochen auf die Lebensqualität, Kognition sowie subjektiv wahrgenommenen Kognition bei Menschen	Die Lebensqualität anhand der Eigenbewertung, hat sich vom Pre- zum Post-Test verbessert, aber nicht signifikant.
				6

Kelly et al. (2017)	Pre- und Post Interven- tionsstudie		mit einer leichten bis mittelgradigen Demenz beurteilt.	Die Proxybewertung hat ergeben, dass Angehö- rige die Lebensqualität beim Posttest schlech- ter einschätzten als beim Pretest.
Irland				
Maintenance cognitive stimulation therapy for de- mentia: Single-blind, multi- centre, pragmatic random- ised controlled trial.	Quantitatives Forschungsde- sign einfach ver- blindetes, mul- tizentrisches, pragmatisch randomisiert kontrolliertes Studiendesign Kontroll- und Interventions- gruppe	272 Teilnehmende 18 verschiedene Pflegeheime und Sozialeinrichtungen Dropouts = 36	Es wird die Wirksamkeit der weiterführenden KST, bei Menschen, die an einer leichten bis mittelgradigen Demenz erkrankt sind, auf die Kognition und Lebens- qualität untersucht.	Die Interventionsgruppe zeigte nach sechs Mo- naten eine signifikante Verbesserung in der Le- bensqualität (p = 0.03) Nach drei Monaten wur- den keine signifikanten Veränderungen in der eigenbewerteten Le- bensqualität festgestellt. In den Proxybewertun- gen zeigten sich nach drei Monaten bereits signifikante Verbesse- rungen bezüglich der Lebensqualität (p = 0.01).
Orell et al. (2014)				6
England				

Efficacy of cognitive stimulation therapy for older adults with vascular dementia.	Quantitatives Forschungsdesign einfach verblindete, multizentrische, randomisiert kontrollierte Studie Interventions- und Kontrollgruppe	35 Teilnehmende keine Dropouts erwähnt Keine Zahl, wie viele Institutionen miteinbezogen wurden	Das Ziel ist, die Wirksamkeit der KST bei Menschen, die an einer vaskulären Demenz erkrankt sind, zu beurteilen.	Ein Trend zur Verbesserung der Lebensqualität wurde festgestellt.	6
Piras et al. (2017)					
Italien					
Cognitive stimulation therapy (CST) for people with dementia in practice: An observational study.	Quantitative Beobachtungsstudie Interventionsgruppe	89 Teilnehmende 33 Dropouts Fünf verschiedene Gesundheitsunternehmen von England	Die Auswirkungen der KST und der weiterführenden KST als Teil der gewöhnlichen Betreuung für Demenzerkrankte, werden in der Praxis beurteilt.	Die Lebensqualität zeigte sich während der ganzen Datenanalyse über die KST und weiterführende KST unverändert.	6
Streater, A., Spector, A., Aguirre, E. & Orrell, M. (2016).					
England					

4.2 Cognitive stimulation therapy (CST) for people with dementia - who benefits most? (Aguirre et al., 2013)

Zusammenfassung

Resultate eines Cochrane Reviews von Woods, Aguirre, Spector und Orrell (2012) zeigen, dass die kognitive Stimulationstherapie positive Auswirkungen auf die Kommunikation, soziale Interaktion sowie Lebensqualität von Demenzerkrankten hat. Der Forschungsbedarf dieser Studie wurde damit begründet, dass die Faktoren, welche sich auf die Wirksamkeit der KST auswirken, noch unbekannt seien (National Collaborating Centre for Mental Health, 2007). Das Ziel der Studie von Aguirre et al. (2013) war, herauszufinden, ob soziodemographische Merkmale, sowie der Einsatz von Antidementiva bei Menschen mit Demenz, eine positive Reaktion auf die KST vorhersagen. Es handelt sich um eine randomisiert kontrollierte Studie mit quantitativem Forschungsdesign.

Die Stichprobe setzte sich aus 18 Institutionen aus England zusammen, wobei die Hälfte der Teilnehmenden aus Pflegeheimen und die andere Hälfte aus unterschiedlichen ambulanten Settings ausgewählt wurden. Die Stichprobe wurde damit begründet, dass sie weitgehend repräsentativ mit der Bevölkerung sei und mögliche Unterschiede in der Wirksamkeit der KST zwischen Menschen in Pflegeheimen und ambulanter Pflege festgestellt werden könne. Insgesamt erfüllten 272 Teilnehmende die vorgegebenen Einschlusskriterien und nahmen an der Studie teil; zu Ende geführt wurde sie schliesslich von 236 Teilnehmenden. Gesundheitliche Probleme, Umzug oder Verweigerung waren Gründe der Dropouts. Die Teilnehmenden wurden nach Zufallsprinzip in zwei Gruppen pro Institution unterteilt. Alle Gruppen erhielten während sieben Wochen die KST. Dazu gehörten 14 Gruppensitzungen à 45 Minuten. Zuerst wurden die Teilnehmenden der Pflegeheime und der ambulanten Settings einander gegenübergestellt. Anschliessend wurden die Ergebnisse der Assessments zwischen Pre- und Post-Test, unter Berücksichtigung der verschiedenen Variablen wie Alter, Wohnsituation, Geschlecht, Ehestatus und Einnahme von Antidementiva, verglichen. Die Beeinflussung der verschiedenen Variablen wurde mit einem linearen Regressionsmodell aufgezeigt. Zum Schluss wurden die Mittelwertveränderungen der Assessments vom Pre- zum Post-Test mit einer Kontrollgruppe der Studie von

Spector et al. (2003) verglichen. Zur Datenerhebung wurden verschiedene Assessmentinstrumente angewendet. Bei einzelnen Assessments wurden Proxy Berichte benötigt, welche in den Pflegeheimen von Mitarbeitenden und in ambulanten Institutionen von Angehörigen ausgefüllt wurden. Diese wurden einmal vor- sowie einmal nach der Intervention durchgeführt. Der QoL-AD wurde zur Beurteilung der Lebensqualität verwendet und die Resultate der Teilnehmenden und der Bezugspersonen separat aufgeführt. Die anderen Assessments wurden zur Beantwortung der Fragestellung dieser Arbeit nicht benötigt und deshalb nicht genauer erwähnt.

Die KST wurde von einem Hauptmoderator des Forschungsteams durchgeführt und jede Gruppe verfügte zusätzlich über einen Co-Moderator der jeweiligen Institution. Ein Formular zur Einhaltung der Behandlungsform sowie zur Aufzeichnung der Teilnehmenden wurde nach jeder Sitzung durch die Moderatoren ausgefüllt, um die Interventionstreue zu gewährleisten. Die Studie wurde von der NSH Ethikforschungskommission genehmigt. Die Ergebnisse zeigen, dass keine der Variablen signifikante Beeinflussungen auf die Lebensqualität haben, gemessen anhand des QoL-AD. Ebenfalls wurden keine Unterschiede des QoL-AD zwischen der Interventionsgruppe und der Kontrollgruppe festgestellt. In dieser Studie wurden verschiedene Tests zur Messung der Lebensqualität angewendet, welche unterschiedliche Ergebnisse zeigten. Dies deutet darauf hin, dass der Fokus dieser Assessments unterschiedlich ist und weitere Forschungen dazu betrieben werden müssten.

Würdigung

Die Studie kann zur Beantwortung der Fragestellung der Bachelorarbeit genutzt werden, da die Wirkung der KST auf die Lebensqualität untersucht wurde. Das Ziel der Studie wird beschrieben, dabei wird jedoch keine klare Fragestellung oder Hypothese formuliert. Der Forschungsbedarf wird aufbauend und im Kontext von bereits vorhandener Literatur logisch dargestellt. Das Design ist passend zur Zielverfolgung gewählt. Die Gefahren der internen und externen Validität sind nicht erläutert. Die Stichprobengrösse ist für ein quantitatives Studiendesign geeignet. Die Einschlusskriterien sind beschrieben und die Stichprobe zeigt sich repräsentativ für die Zielpopulation. Die Ergebnisse können auf Personen mit einer leichten bis mittelgradigen Demenz übertragen werden. Die Methode zur Randomisierung, für die Einteilung der

Gruppen innerhalb der Institutionen, wird nicht beschrieben. Die Ergebnisse werden mit einer Kontrollgruppe einer vorherigen Studie verglichen, welche ähnlich ist und die gleichen Einschlusskriterien aufweist, sich in der Anzahl der Teilnehmenden jedoch stark unterscheidet. Die Dropouts werden erwähnt und die Gründe dazu erläutert, sie beeinflussen die Ergebnisse jedoch nicht. Die Assessmentinstrumente sind reliabel und valide, ihre Auswahl wird in der Studie jedoch nicht begründet. Mögliche Verzerrungen und Einflüsse auf die Interventionen werden in der Diskussion erwähnt. Die Verfahren der Datenanalyse weisen Unklarheiten auf und werden teils unverständlich beschrieben. Die Variablen sind metrisch, aber aufgrund einer unklaren Datenanalyse kann aber nicht beurteilt werden, ob das Skalenniveau passend ist. Es wird kein Signifikanzniveau festgelegt, jedoch wird das Signifikanzniveau aus dem Kontext bei $p < 0.05$ vermutet. In der Studie werden keinerlei ethische Fragen diskutiert. Die Beziehung von Forschenden zu Teilnehmenden ist unklar, es wird jedoch vermutet, dass sie sich gegenseitig nicht kannten.

Die Resultate werden nicht präzise und übersichtlich dargestellt und zudem nicht alle Resultate erwähnt. Einige Resultate werden in Tabellen als Ergänzung zum Text dargestellt, jedoch nicht alle Tests und Resultate in den Tabellen präsentiert, was die Verständlichkeit erschwert. Ebenfalls werden in der Diskussion nicht alle Resultate diskutiert. Die Interpretationen stimmen mit den Resultaten überein und sie werden in Bezug auf die Fragestellung und weiteren Studien verglichen und diskutiert. Empfehlungen für die Praxis werden nicht erläutert. Die Studie ist auf andere Settings übertragbar, sofern die nötigen Ressourcen vorhanden sind.

Die Güte der Studien wird, anhand der Gütekriterien von Bartholomeyczik et al. (2008) in der Tabelle 6, dargestellt.

Tabelle 6*Gütebeurteilung der Studie von Aguirre et al. (2013)*

Gütebeurteilung	Vorteile	Nachteile
nach Bartholomeyczik et al. (2008)		
Objektivität	<ul style="list-style-type: none"> - Moderatoren der KST hatten während Therapie Supervision 	<ul style="list-style-type: none"> - Die Forschenden waren an der Ausarbeitung des KST Handbuches beteiligt - es bestand ein Interessenskonflikt
Reliabilität	<ul style="list-style-type: none"> - Die Assessmentinstrumente waren reliabel und valide - Es wurden immer dieselben Messinstrumente angewendet - Die KST-Moderatoren wurden einer Supervision unterzogen 	<ul style="list-style-type: none"> - Das methodische Vorgehen wurde unpräzise erläutert
Validität	<ul style="list-style-type: none"> - Das Studiendesign wurde passend gewählt - Die Teilnehmenden wurden randomisiert 	<ul style="list-style-type: none"> - Studien wurden in vielen unterschiedlichen Settings durchgeführt

4.3 Cognitive stimulation therapy in the Italian context: It's efficacy in cognitive and non-cognitive measures in older adults with dementia (Capotosto et al., 2017)

Zusammenfassung

Das Ziel der Studie von Capotosto et al. (2017) war es, die Wirksamkeit, der für den italienischen Kontext angepassten KST (KST-IT) auf die Lebensqualität und die Kognition von Menschen mit einer leichten bis mittelgradigen Demenz, zu bestimmen. Die Forschenden vermuten aufgrund vorheriger Studien (Spector, Orrell & Woods, 2010; Hall, Orrell, Stott & Spector, 2013), dass die KST-IT positive Auswirkungen auf

die Kognition und Lebensqualität hat und erwarten deshalb einen Rückgang der sozialen und emotionalen Einsamkeit.

Es handelt sich um eine einfach verblindete, multizentrische, randomisiert kontrollierte Studie. Die Stichprobe setzt sich aus zwei italienischen Alters- und Pflegeheimen zusammen. 39 Teilnehmende wurden in eine Kontroll- und Interventionsgruppe randomisiert. Während die Interventionsgruppe die KST erhielt, wurden in der Therapie der Kontrollgruppe alternative Aktivitäten zur Bildung durchgeführt.

Beide Gruppen hatten dieselben Konditionen, welche aus 18 strukturierten Gruppensitzungen à 45 min, zweimal in der Woche, bestanden. Die Sitzungen wurden von zwei ausgebildeten Moderatoren durchgeführt. Während den ersten und letzten zwei Sitzungen wurden die Daten mit Hilfe unterschiedlicher Assessmentinstrumente erhoben. Zuerst wurden die Pretests der Interventions- und Kontrollgruppe miteinander verglichen, wobei keine signifikanten Unterschiede festgestellt wurden. Anschliessend wurden mit ANOVAs, die Gewinne aus der Behandlung bewertet.

Durch eine geringfügig signifikante Interaktion (Pre- und Posttest x Interventions- und Kontrollgruppe) wurde in den Ergebnissen bezüglich Lebensqualität festgestellt, dass die Interventionsgruppe beim Posttest signifikant besser abschnitt als beim Pretest ($p = 0.014$). Da die Interaktion nur geringfügig signifikant ist, sollten die Ergebnisse mit Vorsicht genossen werden. Die Forschenden nennen als Limitationen die kleine Stichprobengrösse und ein fehlendes Follow-up.

Die Ergebnisse dieser Studie stimmen mit der weiteren Literatur der KST überein, wodurch auch die Anpassung der italienischen Version gültig und wirksam ist.

Würdigung

Die Studie kann zur Beantwortung der Fragestellung der Bachelorarbeit eine Hilfe sein, da die Wirkung der KST auf die Lebensqualität untersucht wird. Der Forschungsbedarf wird mit vorhandener Literatur begründet. Die Studie formuliert keine explizite Forschungsfrage, erläutert jedoch ein Ziel, welches mit einer Hypothese ergänzt wird. Das Forschungsdesign wird zur Beantwortung der Fragestellung sinnvoll gewählt. Die Einfachverblindung sowie die Randomisierung bestärken die interne Validität. Eine Schwäche der externen Validität wird durch die kleine Stichprobengrösse begründet.

Das Verfahren der Stichprobenziehung wird in der Studie nicht erklärt. Die Stichprobe besteht aus einer italienischen Population mit einer leichten bis mittelgradigen Demenz und ist somit repräsentativ für die Zielpopulation. Die Stichprobengrösse ist für das Design eher klein und wird nicht begründet. Die Stichprobenziehung wird als zufällig begründet – jedoch wissen die Autorinnen nicht, wie die Randomisierung stattgefunden hat. Die Vergleichsgruppen sind ähnlich, wobei Einschlusskriterien der Teilnehmenden aufgezeigt werden. Dropouts werden erwähnt und die Gründe dafür angegeben; sie beeinflussen die Ergebnisse nicht.

Die Datenerhebung ist für die Fragestellung nachvollziehbar und für alle Teilnehmenden werden dieselben Messinstrumente angewendet. Die Daten sind für alle Teilnehmenden erhoben worden. Wer die Assessments erhoben und ausgewertet hat, ist nicht ersichtlich.

Die Auswahl der Messinstrumente wird nachvollziehbar beschrieben, aber nicht begründet. Sie sind valide und reliabel. Verzerrungen auf die Intervention, aufgrund unterschiedlicher Settings, werden berücksichtigt.

Das Verfahren der Datenanalyse wird beschrieben. Die ANOVAs sind für das statistische Verfahren sinnvoll gewählt. Die Variablen sind metrisch und entsprechen den statistischen Tests. Aus den statistischen Angaben können Ergebnisse abgeleitet werden. Die Höhe des Signifikanzniveaus wird nicht genannt. Es wird davon ausgegangen, dass es sich um $p < 0.05$ handelt, da dies der Norm der pflegerischen Niveaus entspricht.

Die Erlaubnis der Ethikkommission wurde eingeholt, jedoch keine weiteren ethischen Fragen diskutiert. Es ist davon auszugehen, dass sich Forschende und Teilnehmende nicht kannten.

Die Ergebnisse werden übersichtlich und vollständig beschrieben und mit einer präzisen Tabelle ergänzt. Die Stichprobengrösse ist in den Tabellen nicht klar ersichtlich. Es werden alle Resultate im Diskussionsteil diskutiert. Die Forschenden begründen ihre Interpretationen und vergleichen sie mit weiteren Studien. Einzelne Limitationen werden erwähnt. Die genannte Hypothese wurde bestätigt und die Studie kann auf verschiedene italienische Settings übertragen werden, die Teilnehmenden müssten jedoch auch mit den italienischen Traditionen vertraut sein.

Die Güte der Studien wird, anhand der Gütekriterien von Bartholomeyczik et al. (2008) in Tabelle 7, dargestellt.

Tabelle 7

Gütebeurteilung der Studie von Capotosto et al. (2017)

Gütebeurteilung nach Bartholomeyczik et al. (2008)	Vorteile	Nachteile
Objektivität	<ul style="list-style-type: none"> - Die Studie wurde nicht gesponsert - Die Forschenden haben keine Einflüsse auf die Ergebnisse 	
Reliabilität	<ul style="list-style-type: none"> - Die Messinstrumente werden klar definiert - Die Messinstrumente sind reliabel und valide - Das methodische Vorgehen wird klar erläutert - Die KST wurde von ausgebildeten Moderatoren geleitet 	<ul style="list-style-type: none"> - Wie und wer die Assessments erhob, ist unklar
Validität	<ul style="list-style-type: none"> - Das Studiendesign ist passend zur Forschungsfrage gewählt - Die Randomisierung und Verblindung wurden durchgeführt - Es wurden eine kleine Anzahl sowie ähnliche Settings miteinbezogen 	<ul style="list-style-type: none"> - Die Studie bezieht sich auf die italienische Population - Es besteht eine kleine Stichprobengrösse - Die Teilnehmenden konnten erahnen, welcher Gruppe sie angehören

4.4 Efficacy of a cognitive stimulations therapy program for people with dementia (Coen et al., 2011)

Zusammenfassung

Es handelt sich um eine quantitative Studie mit einem Studiendesign, wobei eine Interventionsgruppe mit einer Kontrollgruppe verglichen wird. Das Ziel der Studie von Coen et al. (2011) war es, festzustellen, ob die KST Vorteile in Bezug auf die Kognition und Lebensqualität von Demenzerkrankten zeigt. Die Population besteht aus Personen mit einer leichten bis mittelgradigen Demenz.

Die Stichprobe besteht aus 27 Teilnehmenden aus drei Langzeitinstitutionen in Irland. Alle Teilnehmenden gaben ihre schriftliche Zustimmung zur Studienteilnahme. Die Einschlusskriterien für die Studie wurden von der Studie von Spector et al. (2003) übernommen. Die Teilnehmenden wurden nach Zufallsprinzip in die Interventionsgruppe oder Kontrollgruppe eingeteilt. Die Interventionsgruppe bestand aus 14 Teilnehmenden, welche während sieben Wochen an insgesamt 14 Sitzungen teilnahmen, an denen die KST durchgeführt wurde. Die Kontrollgruppe mit 13 Teilnehmenden wurde während dieser Zeit den Routineaktivitäten der jeweiligen Institution unterzogen. Die KST sowie die Routineaktivitäten wurden durch Fachpersonen der Ergotherapie oder der Aktivitätskoordination geleitet.

Mittels unterschiedlicher Assessmentinstrumente, welche einmalig vor (Pretest) sowie nach (Posttest) den 14 Sitzungen durchgeführt wurden, wurden die Daten zur Kognition und Lebensqualität erhoben. Die Assessments wurden von Fachpersonen im Gesundheitsbereich ausgewertet, welche nicht über die Gruppenzugehörigkeit der Teilnehmenden Bescheid wussten. Die Pretests der beiden Gruppen wurden verglichen und anschliessend die Veränderungen vom Pre- zum Post-Test für jedes Assessmentinstrument berechnet. Diese Ergebnisse der beiden Gruppen wurden miteinander verglichen. Die ethische Zustimmung wurde von allen relevanten Behörden eingeholt.

Die Ergebnisse zeigten keine Unterschiede zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe im Pretest. Die Lebensqualität, gemessen mit dem QoL-AD, zeigte sich in der Interventionsgruppe durch die KST verbessert, im Vergleich zur Kontrollgruppe. Das Ergebnis befand sich mit $p = 0.055$ knapp unter dem Signifikanzniveau.

Die offensichtliche Einschränkung dieser Studie ist die relativ kleine Stichprobengrösse, bei denen die Ergebnisse nicht überbewertet und mit Vorsicht interpretiert werden sollten. Trotzdem können die Ergebnisse als ermutigende Bestätigung angesehen werden, dass die KST Verbesserungen hervorbringen kann. In der heutigen Zeit, mit den allgemeinen Verschärfungen des Budgets, bietet die KST ein kosteneffizientes Mittel zur Verbesserung der Lebensqualität von Demenzerkrankten.

Würdigung

Die Studie kann zur Beantwortung der Fragestellung der Bachelorarbeit verwendet werden, da sie die Wirkung der KST auf die Lebensqualität untersucht. Die Studie formuliert ein Ziel, jedoch keine explizite Fragestellung oder Hypothese. Die Studie bezieht sich auf Erkenntnisse vorheriger Studien und begründet damit ihren Forschungsbedarf. Das Studiendesign ist zur Verfolgung des Ziels nachvollziehbar. Die Stichprobenziehung wird nicht erklärt und die sehr kleine Stichprobengrösse nicht begründet. Die Einschlusskriterien sind angegeben. Die Stichprobe ist aufgrund der kleinen Stichprobengrösse nicht repräsentativ für die Zielpopulation. Es werden keine Dropouts erwähnt. Wie die Randomisierung in der Interventions- und Kontrollgruppe erfolgte, wird nicht beschrieben. Die Vergleichsgruppen weisen Unterschiede auf.

Zur Datenerhebung sind einige valide und reliable Assessmentinstrumente angewendet worden. Sie sind zur Zielverfolgung der Studie geeignet, werden jedoch nicht begründet. Die Methoden zur Datenerhebung waren bei allen Teilnehmenden gleich. Mögliche Einflüsse auf die Intervention werden erwähnt.

Die Verfahren der Datenanalyse sind beschrieben. Die Ergebnisse eines Mann-Whitney U Tests zum Vergleich von zwei unabhängigen Stichproben sind mit Vorsicht zu geniessen. Der Test zeigt nur auf, ob sich die zentralen Tendenzen von der Interventions- und Kontrollgruppe unterscheiden. Diese Testauswahl zur Datenanalyse wird mit der kleinen Stichprobengrösse begründet. Das Signifikanzniveau wird weder erwähnt noch begründet - aus dem Kontext ist anzunehmen, dass es bei $p < 0.05$ liegt. Es werden keine ethischen Fragestellungen diskutiert. Mögliche Verzerrungen der Ergebnisse könnten entstanden sein, da sich Teilnehmende und Fachpersonen kannten. Dies wird in der Studie jedoch nicht diskutiert.

Die Ergebnisse sind unpräzise und nur einzelne Resultate werden erwähnt. Ergänzend zum Text werden in Tabellen Ergebnisse präsentiert. Nicht alle Ergebnisse werden diskutiert, die Interpretationen stimmen mit den Resultaten jedoch überein. Limitationen der Studie werden erwähnt. Die Forschenden nehmen anhand der Ergebnisse Bezug auf das Ziel der Studie. Es werden keine Vergleiche zu anderen Studien gemacht. Die Studie könnte in englischsprachigen Settings übertragen werden, sofern die nötigen Ressourcen vorhanden sind.

Die Güte der Studie wird, anhand der Gütekriterien von Bartholomeyczik et al. (2008) in Tabelle 8, dargestellt.

Tabelle 8

Gütebeurteilung der Studie von Coen et al. (2011)

Gütebeurteilung nach Bartholomeyczik et al. (2008)	Vorteile	Nachteile
Objektivität	- Die Studie wurde nicht gesponsert	- Die KST Moderatoren waren für das Programm nicht geschult
Reliabilität	- Die Assessmentinstrumente sind reliabel und valide - Die Personen, die die Assessments auswerteten, waren nicht in die Therapien involviert und den Teilnehmenden gegenüber verblindet	- Das methodische Vorgehen weist Unklarheiten auf - Es ist unbekannt, wer die Assessments mit den Teilnehmenden ausgefüllt hat - Die Bezugsperson für den QoL-AD ist unbekannt - Den KST führten unterschiedliche Personen aus
Validität	- Die Randomisierung hat stattgefunden	- Es besteht eine kleine Stichprobenzahl

-	Es wurden wenige und ähnliche Settings wurden einbezogen	-	Die Teilnehmenden wussten über ihre Gruppenzugehörigkeit Bescheid
---	--	---	---

4.5 An evaluation of community-based cognitive stimulation therapy: A pilot study with an Irish population of people with dementia (Kelly et al., 2017)

Zusammenfassung

Der Forschungsbedarf dieser Studie wird damit begründet, dass die standardmäßige Durchführung der KST von zwei Therapien pro Woche, aufgrund eingeschränkter Zeit und Ressourcen, heutzutage erschwert sei. Deshalb wird als Ziel der Studie von Kelly et al. (2017), die Wirkung von einer KST pro Woche, während 14 Wochen, auf die Lebensqualität, Kognition sowie subjektiv wahrgenommene Kognition bei Menschen mit einer leichten bis mittelgradigen Demenz, beschrieben.

Es handelt sich um eine Pre- und Post-Interventionsstudie, wobei quantitative sowie qualitative Forschungsmethoden angewendet wurden.

Die Studie wurde an vier verschiedenen Standorten durch die Alzheimer Society of Irland (ASI) durchgeführt. Die Stichprobe bestand aus 28 Teilnehmenden. Die Rekrutierung erfolgte bewusst durch die ASI. Die Teilnehmenden wurden während 14 Wochen einmal pro Woche der KST unterzogen. Eine Sitzung dauerte 90 Minuten. Verschiedene Assessmentinstrumente wurden zur Datenerhebung verwendet. Diese wurden einmalig vor sowie einmalig nach der Intervention erhoben. Die Assessments wurden von den Teilnehmenden sowie ihren Bezugspersonen erhoben und die Resultate getrennt im Ergebnisteil aufgeführt.

Die Lebensqualität, beurteilt durch die Teilnehmenden, wurde vom Pre- zum Post-Test verbessert - es zeigte sich jedoch kein signifikanter Unterschied. Die Angehörigen schätzten die Lebensqualität der Teilnehmenden beim Post-Test im Vergleich zum Pre-Test schlechter ein.

Als Limitationen beschrieben die Forschenden das Problem, dass die Intervention an vier verschiedenen Standorten umgesetzt wurde und es deshalb wahrscheinlich Unterschiede in der Art und Weise der Durchführung der KST gab, obwohl ein vorgegebenes Konzept der KST bestand. Die Forschenden bemängelten, dass eine vergleichende Kontrollgruppe sinnvoll gewesen wäre, um den Einfluss der Intervention auf

die untersuchten Messungen genauer bestimmen zu können. Diese Studie zeigt, im Gegensatz zur Studie von Cove et al. (2014), dass eine einmal durchgeführte KST pro Woche einen positiven Einfluss auf das Leben von Demenzerkrankten haben kann.

Würdigung

Die Studie beantwortet einen kleinen Teil der Forschungsfrage der Bachelorarbeit. Die Forschenden definieren ausschliesslich ein Forschungsziel - eine ergänzende Hypothese wird nicht gestellt. Der Forschungsbedarf sowie das Problem werden im Kontext mit vorhandener Literatur und Studien belegt.

Das Design wird passend gewählt. Die Gefahren der internen und externen Validität werden nicht beachtet. Die Stichprobe ist für eine Mixed Methode Studie nachvollziehbar. Für die quantitativen Untersuchungen ist die Stichprobenzahl sehr klein und somit nicht repräsentativ auf die Zielpopulation.

Die Einschlusskriterien werden beschrieben, Dropouts erwähnt, jedoch nicht begründet. Da $n < 30$, können die Dropouts die Ergebnisse beeinflussen. Es wurden keine Vergleichsgruppen erstellt. Die Datenerhebung mit den verwendeten Assessmentinstrumenten ist nachvollziehbar sowie reliabel und valide. Die Assessmentinstrumente werden weder erklärt, noch begründet. Die Erfassung der Daten wird genau beschrieben. Es werden keine Einflüsse oder Verzerrungen auf die Intervention erwähnt. Die Datenanalyse kann aus der Studie herausgelesen werden, ist jedoch nicht übersichtlich dargestellt. Die statistischen Verfahren wurden sinnvoll eingesetzt und die Variablen sind metrisch und entsprechen dem geforderten Skalenniveau. Das Signifikanzniveau wird nicht erwähnt oder begründet, es wird aus dem Kontext auf $p < 0.05$ vermutet. Es ist ein Einverständnis bei der Ethikkommission eingeholt worden. Die Ergebnisse werden in Tabellen ausführlich beschrieben, sind präzise dargestellt und stimmen mit dem Text überein. Die p-Werte sind in den Tabellen teilweise nicht ersichtlich.

In der Diskussion werden alle Ergebnisse in Bezug auf das Ziel der Studie diskutiert. Die Interpretationen der Forschenden stimmen mit den Resultaten überein und Vergleiche mit anderen Studien werden aufgezeigt.

In der Schlussfolgerung werden Limitationen benannt und die Stärken und Schwächen der Studie erwähnt. Die Studie kann in englischsprachigen Settings, bei genügend Ressourcen, wiederholt werden.

Die Güte der Studie wird, anhand der Gütekriterien von Bartholomeyczik et al. (2008) in Tabelle 9, dargestellt.

Tabelle 9

Gütebeurteilung der Studie von Kelly et al. (2017)

Gütebeurteilung nach Bartholomeyczik et al. (2008)	Vorteile	Nachteile
Objektivität	- Die Moderatoren der ASI wurden im Voraus in der KST geschult	- Die Studie wurde vom ASI finanziert
Reliabilität	- Der methodische Ablauf der Studie ist nachvollziehbar	- Die Messinstrumente werden nicht klar definiert - Die Beschreibung der Datenanalyse ist unübersichtlich - Unterschiedliche Personen führten die KST aus
Validität		- Es gab nur eine kleine Stichprobenanzahl - Es sind nur unklare Angaben bei den Settings vorhanden - Die Ergebnisse waren mehrheitlich nicht signifikant - Es gab keine Vergleichsgruppe

-
- Die Teilnehmenden waren sich der Intervention bewusst
-

4.6 Maintenance cognitive stimulation therapy for dementia: Single-blind, multicenter, pragmatic randomized controlled trial (Orrell et al., 2014)

Zusammenfassung

Der Forschungsbedarf wird damit begründet, dass es noch wenig Evidenz bei der Wirksamkeit der weiterführenden KST gibt. Deshalb setzten sich die Forschenden der Studie von Orrell et al. (2014) das Ziel, die Wirksamkeit der weiterführenden KST bei Menschen, die an einer leichten bis mittelgradigen Demenz erkrankt sind, auf die Kognition und Lebensqualität zu bewerten.

Es handelt sich um eine Studie mit einem einfach verblindeten, multizentrischen, pragmatisch randomisiert kontrollierten Studiendesign.

Die Stichprobe setzte sich aus 272 Personen mit einer leichten bis mittelgradigen Demenz von insgesamt 18 verschiedenen Pflegeheimen und Sozialeinrichtungen aus England, zusammen. Alle Teilnehmenden mussten zuerst die siebenwöchige Standard – KST durchführen, die jeweils aus zwei Sitzungen à 45 Minuten pro Woche bestand. Die KST wurde durch eine Person des Forschungsteams sowie eines Mitarbeitenden der jeweiligen Institution geleitet. Anschliessend wurden die Teilnehmenden innerhalb jedes Zentrums in zwei Gruppen (Kontroll- und Interventionsgruppe) randomisiert. Die Interventionsgruppe erhielt während 24 Wochen einmal pro Woche die KST. Die Kontrollgruppe kehrte zu ihren alltäglichen, gewohnten Routineaktivitäten zurück. Zur Beurteilung der Lebensqualität wurde der QoL-AD verwendet. Das Assessment wurde durch die Forschenden zu Beginn der Studie, vor der Randomisierung, nach drei sowie nach sechs Monaten von den Teilnehmenden erhoben. Die Proxyberichte wurden von Mitarbeitenden oder den Betreuenden der Demenzerkrankten durchgeführt. Die Resultate des QoL-AD wurden von den Teilnehmenden und den Bezugspersonen separat aufgeführt.

Die Studie zeigt mit $p = 0.03$, dass die Interventionsgruppe, durch die weiterführende KST, nach 6 Monaten signifikante Verbesserungen in der Lebensqualität (durch die Teilnehmenden bewertet) aufwies. Hierbei zeigten die Proxybewertungen der QoL-

AD keine signifikanten Verbesserungen. Nach 3 Monaten waren keine signifikanten Veränderungen der Lebensqualität der selbstbewerteten QoL-AD ersichtlich, jedoch zeigten sich die Proxyberichte des QoL-AD signifikant verbessert mit $p = 0.01$.

Die Ergebnisse der Studie sind ermutigend, es müssten jedoch noch weitere Forschungen betrieben werden, um die Instandhaltung der weiterführenden KST bewerten zu können.

Würdigung

Die Studie ist zur Beantwortung der Fragestellung der Bachelorarbeit hilfreich. Der Forschungsbedarf wird aufgezeigt und mit weiteren Studien und Literatur begründet. Das Design wird sinnvoll und nachvollziehbar für das Forschungsziel gewählt. Die Gefahren der internen und externen Validität werden nicht kontrolliert.

Die Stichprobenziehung wird erläutert und ist für das Design angebracht. Einschlusskriterien werden berücksichtigt und die Stichprobe ist repräsentativ auf die Zielpopulation. Die Stichprobengrösse ist ausreichend und wird begründet. Dropouts werden geschildert und die Ergebnisse durch die Dropouts nicht beeinflusst. Die Datenerhebung ist mithilfe der Assessmentinstrumente nachvollziehbar und wird beschrieben und begründet. Die Daten werden bei allen Teilnehmenden auf die gleiche Weise erhoben. Die Assessmentinstrumente sind reliabel und valide.

Die Verfahren der Datenanalyse werden nicht klar beschrieben, die Instrumente zur statistischen Analyse nicht erwähnt. Die Forschenden erläutern, dass der Datensatz auf Anfrage erhältlich sei. Das Signifikanzniveau wird angegeben und begründet. Die Ergebnisse sind präzise und nachvollziehbar dargestellt und werden durch Tabellen ergänzt. Das Ziel der Studie wird beantwortet. Nicht alle Resultate werden diskutiert. Vergleiche mit anderen Studien werden gezogen. Limitationen der Studie werden erläutert und weiterer Forschungsbedarf beschrieben. Die Studie ist in europäische Settings mit genügend Ressourcen übertragbar.

Die Güte der Studie wird anhand der Gütekriterien von Bartholomeyczik et al. (2008) in Tabelle 10, dargestellt.

Tabelle 10

Gütebeurteilung der Studie Orrell et al. (2014)

Gütebeurteilung	Vorteile	Nachteile
nach Bartholomeyczik et al. (2008)		
Objektivität	- Die Leitenden der KST absolvierten im Voraus eine Schulung	- Der Hauptforschende ist an der Ausarbeitung des KST-Handbuches beteiligt, es besteht ein Interessenskonflikt - Den Forschenden war die Gruppenzugehörigkeit der Teilnehmenden bekannt
Reliabilität	- Die Messinstrumente sind klar definiert - Die Messinstrumente sind reliabel und valide - Es wurden vertiefte Angaben zur Datenanalyse durchgeführt	- Die Assessments wurden durch Personen erhoben, die die Teilnehmenden kannten - Die Interventionen der Kontrollgruppe waren unklar definiert
Validität	- Die Teilnehmenden sind verblindet	- Die Teilnehmenden konnten ihre Gruppenzugehörigkeit errahnen - Es gab sehr viele verschiedene Settings

4.7 Efficacy of cognitive stimulation therapy for older adults with vascular dementia (Piras et al., 2017)

Zusammenfassung

Das Ziel der Studie von Piras et al. (2017) ist die Beurteilung der Wirksamkeit der KST bei Einzelpersonen mit vaskulärer Demenz. Da laut Piras et al. (2017) alle bereits durchgeführten Studien zur KST unterschiedliche Demenzformen inkludierten,

wollten die Forscher dieser Studie untersuchen, ob die Wirksamkeit der KST von der Demenzform abhängig sei.

Es ist eine einfach verblindete, multizentrische, randomisiert kontrollierte Studie, wobei der potenzielle Nutzen der KST in den Bereichen Kognition, Lebensqualität, Stimmung, Verhalten und Fähigkeiten des täglichen Lebens beurteilt wird. Die Studie wurde in italienischen Seniorenresidenzen durchgeführt. Das KST Programm erhielt deshalb eine Anpassung an die italienischen, kulturellen Aspekte (KST-IT). Die Überweisung der Teilnehmenden erfolgte durch Ärzte und Ärztinnen nach den NINDS-AIREN (National Institute of Neurological Disorders and Stroke) Kriterien. Es wurden 35 Personen in die Studie miteinbezogen. 21 Teilnehmende wurden nach dem Zufallsprinzip der Interventionsgruppe und 14 Teilnehmende der Kontrollgruppe zugeordnet.

Während die Interventionsgruppe die KST-IT erhielt, wurden mit der Kontrollgruppe alternative, lehrreiche Aktivitäten durchgeführt. Gesamthaft wurden 18 Sitzungen durchgeführt, wobei die ersten und letzten zwei Sitzungen zur Erhebung der Assessments dienten. Während den anderen 14 Sitzungen wurde die KST-IT oder die alternativen Aktivitäten durchgeführt. Zur Bewertung der Lebensqualität wurde der QoL-AD angewendet, welcher vor sowie nach den sieben Wochen durchgeführt wurde. Dieser wurde durch die Teilnehmenden sowie durch Bezugspersonen der Teilnehmenden erhoben und in den Resultaten separat aufgeführt. Die Interventionsgruppe zeigte durch die Messung mit dem QoL-AD, nach der Intervention durch die Teilnehmenden bewertet, ein Trend zur Verbesserung der Lebensqualität mit $p = 0.08$, welcher in der Kontrollgruppe nicht feststellbar war. Die Lebensqualität, bewertet durch die Bezugspersonen, zeigte keine Veränderungen.

Die Forschenden kamen zum Schluss, dass die Wirksamkeit der KST-IT im Allgemeinen bei Personen mit Demenz, wie auch bei Personen mit vaskulärer Demenz unterstützt wird. Die derzeit zur Verfügung stehenden Behandlungen für vaskuläre, kognitive Beeinträchtigungen sind lediglich präventiv, die gewonnenen Erkenntnisse dieser Studie sollten in zukünftigen Studien vermehrt für homogene Subtypen mit einer vaskulären Beeinträchtigung durchgeführt werden.

Würdigung

Die Epidemiologie, die globale Herausforderung von Demenzerkrankten, sowie die Erkenntnisse von vorgängigen Studien beschreiben die Problemstellung. Die Spezifizierung dieser Studie auf die vaskuläre Demenz, im Vergleich zu anderen Studien, zeigt den Forschungsbedarf. Die Studie ist zur Beantwortung der Fragestellung dieser Arbeit unterstützend, da die Wirkung der KST-IT auf die Lebensqualität untersucht wird. Das Ziel der Studie wird explizit erwähnt. Die Forschungsfrage kann daraus abgeleitet werden. Die Forschenden erwarten Verbesserungen der kognitiven Funktionen sowie der wahrgenommenen Lebensqualität durch die KST-IT. Das Forschungsdesign ist für das Ziel der Studie nachvollziehbar gewählt. Gefahren zur internen und externen Validität werden kontrolliert. Die Stichprobenziehung ist nachvollziehbar begründet. Die Stichprobenzahl ist zu klein und wird nicht begründet. Durch die kleine Stichprobengrösse wird die Generalisierung und Aussagekraft der Ergebnisse erschwert. Einschlusskriterien werden definiert und die Stichprobe ist aufgrund der kleinen Stichprobengrösse nicht repräsentativ auf die Zielpopulation. Es werden keine Dropouts erwähnt. Die Methode zur Randomisierung wird nicht beschrieben. Die Vergleichsgruppen sind ähnlich, weisen jedoch Unterschiede in der Gruppengrösse auf.

Die Assessmentinstrumente zur Datenerhebung sind sinnvoll gewählt, reliabel und valide. Sie werden erläutert, ihre Auswahl jedoch nicht begründet. Die alternativen Aktivitäten der Kontrollgruppe werden in einer Tabelle aufgezeigt, jedoch nicht genauer beschrieben. Mögliche Verzerrungen auf die Intervention werden in der Studie nicht erwähnt. Die Verfahren der Datenanalyse werden konkret beschrieben. Die statistischen Tests entsprechen den Datenniveaus und erlauben die Beurteilung der Angaben. Die Voraussetzungen für die ANCOVAs sind gegeben. Das Signifikanzniveau wird in der Studie weder erwähnt noch begründet. Keinerlei ethische Aspekte werden in der Studie diskutiert. Die Beziehung zwischen den Teilnehmenden und den Moderatoren wird nicht beschrieben.

Es werden mehrere präzise Tabellen als Ergänzung zum Text verwendet, um die Ergebnisse darzustellen. Die Erwartungen der Forschenden konnten bestätigt werden und das Studienziel wurde erreicht. Alle Ergebnisse werden im Diskussionsteil erneut erläutert und in Bezug auf die Fragestellung diskutiert, einzelne Aspekte werden mit

anderen Studien und deren Ergebnissen verglichen. Zusätzlich werden Limitationen der Studien aufgezeigt. Die Studie könnte in anderen italienischen, klinischen Settings sowie mit anderen Demenzformen wiederholt werden.

Die Güte der Studie wird anhand der Gütekriterien von Bartholomeyczik et al. (2008) in Tabelle 11, dargestellt.

Tabelle 11

Gütebeurteilung der Studie von Piras et al. (2017)

Gütebeurteilung nach Bartholomeyczik et al. (2008)	Vorteile	Nachteile
Objektivität	- Die Studie wurde nicht gesponsert	
Reliabilität	<ul style="list-style-type: none"> - Die KST-IT ist durch erfahrene Moderatoren durchgeführt worden - Bei allen Teilnehmenden wurden dieselben Messverfahren angewendet - Die Messverfahren sind reliabel und valide - Der methodische Ablauf wird genau beschrieben 	<ul style="list-style-type: none"> - Es ist ungewiss, wer die Assessments mit den Teilnehmenden durchführte
Validität	<ul style="list-style-type: none"> - Das Studiendesign passt zur Forschungsfrage - Die Studie ergab signifikante Ergebnisse 	<ul style="list-style-type: none"> - Die Teilnehmenden konnten ihre Gruppenzugehörigkeit vermuten - Es sind unterschiedliche und unbekannte Settings vorhanden - Die Forschenden waren nicht verblindet

4.8 Cognitive stimulation therapy (CST) for people with dementia in practice: An observational study (Streater et al., 2016)

Zusammenfassung

Bei der Studie von Streater et al. (2016) handelt es sich um eine quantitative Beobachtungsstudie. Die Autoren der Studie von Streater et al. (2016) hatten zum Ziel, die Auswirkungen der KST und der weiterführenden KST, als Teil der gewöhnlichen Betreuung für Demenzerkrankte in der Praxis, zu beurteilen.

Der Forschungsbedarf wurde damit begründet, dass wenig über die Umsetzung der KST in der Praxis bekannt sei. Die Studie konzentrierte sich auf die zwei Hauptthemen - Kognition und Lebensqualität.

Die Stichprobe setzte sich aus elf ambulanten sowie stationären Institutionen von fünf nationalen Gesundheitsunternehmen Englands zusammen. Alle Institutionen führten die KST bereits durch oder waren in der Vorbereitung des Therapieprogramms. Nach einer schriftlichen Einwilligung der Teilnehmenden wurden 89 Personen mit einer leichten bis mittelgradigen Demenz als teilnahmefähig erachtet und entsprachen den Einschlusskriterien. Es gab insgesamt 33 Dropouts aus unterschiedlichen Gründen. Da es sich um eine Beobachtungsstudie handelt und es nur eine Studiengruppe und keine Kontrollgruppe gab, wurde keine Randomisierung durchgeführt. Die KST wurde ein- bis zweimal wöchentlich, mit Sitzungen à 45 Minuten, von Mitarbeitenden der Institutionen sowie von Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten durchgeführt.

Zur Datenerhebung wurden Assessmentinstrumente angewendet, welche vor sowie nach der KST (7 bzw. 14 Wochen - FU1) wie auch nach der weiterführenden KST (24 Wochen - FU2) durchgeführt wurden. Der gepaarte t-Test ermöglichte die Vergleiche der Assessments während den Zeitpunkten FU1 und FU2. Das Signifikanzniveau wurde bei $p < 0.05$ festgelegt.

Die Lebensqualität, gemessen mit dem QoL-AD, zeigte sich während der ganzen Datenanalyse über die KST und die weiterführende KST unverändert. Diese Resultate zeigten sich bei der ersten Datenanalyse sowie auch bei der zweiten Datenanalyse, wobei der MMST-Range, aufgrund einer Übereinstimmung mit vorherigen Studien (Orrell et al., 2014; Spector et al., 2003), verändert wurde.

Eigentlich handelt es sich um eine Beobachtungsstudie, wobei auf die Umsetzung und Bereitstellung des Programms in der Praxis geachtet werden sollte – was aber durch die Ergebnismessungen nicht erfüllt wurde. Als Limitationen beschreiben die Forschenden die kleine Stichprobenzahl und die Unterschiede in der Durchführung der KST aufgrund verschiedener Institutionen sowie beteiligter Moderatoren und Moderatorinnen. Die Studie zeigt, ohne Berücksichtigung der Häufigkeit des KST Programms, dass eine Aufrechterhaltung der Lebensqualität in der klinischen Praxis in unterschiedlichen Gesundheitsorganisationen festzustellen ist.

Würdigung

Die Studie bezieht sich auf die Fragestellung dieser Arbeit, indem die Auswirkungen der KST auf die Lebensqualität von Betroffenen mit einer leichten bis mittelgradigen Demenz untersucht werden.

Das Ziel der Studie wird erläutert, jedoch keine konkrete Fragestellung oder Hypothese formuliert. Das Studiendesign wird als Beobachtungsstudie beschrieben, wobei die Datenerhebung mit Assessmentinstrumenten durchgeführt wird, was ein unpassendes Studiendesign aufzeigt.

Gefahren der internen und externen Validität werden in der Studie nicht beachtet, aber als Limitation erkannt. Die Stichprobengrösse ist eher klein und somit ist die Repräsentativität auf die Zielpopulation erschwert. Einschlusskriterien werden definiert. Die bewusste Stichprobenziehung wird erklärt. Dropouts werden angegeben und begründet. Es wurden keine Vergleichsgruppen gebildet, mit der Begründung, dass die Teilnehmenden nicht dem Programm der gewöhnlichen Pflege entzogen werden sollten. Die Assessmentinstrumente werden beschrieben und begründet, sie sind reliabel und valide. Zur Auswahl der Assessmentinstrumente kann gesagt werden, dass sie die Wirkung der KST aufzeigen, jedoch keine Beobachtungsaufgaben erfüllen. Die Daten eines Teilnehmenden werden für den QoL-AD nicht erhoben. Verzerrungen und Einflüsse auf die Intervention werden erwähnt. Die Datenanalysen werden ungenau beschrieben. Die Forschenden legten zur Bewertung der wiederholenden Tests eigene Bewertungsregeln fest, was zeigt, dass die Ergebnisse mit Vorsicht zu geniessen sind. Die t-Tests sind anfällig auf Verzerrungen. Das Signifikanzniveau wird festgelegt, jedoch nicht begründet. Weitere Ergebnisse werden vorgestellt und

in Tabellen, ergänzend zum Text, aufgezeigt. Es werden keine ethischen Fragen diskutiert.

Das Ziel der Studie wird nicht erreicht. Die Ergebnisse werden diskutiert und mit anderen Studienergebnissen verglichen. Limitationen der Studie werden aufgezeigt. Dadurch, dass das Beobachtungsziel nicht erreicht wurde, ist eine Wiederholung der Studie fragwürdig. Die Studie zeigt jedoch einen Nutzen der KST auf und sieht die Integration in die Praxis als sinnvoll an.

Die Güte der Studie wird, anhand der Gütekriterien von Bartholomeyczik et al. (2008) in Tabelle 12, dargestellt.

Tabelle 12

Gütebeurteilung der Studie von Streater et al. (2016)

Gütebeurteilung nach Bartholomeyczik et al. (2008)	Vorteile	Nachteile
Objektivität		- Die Hauptforscherin ist an der Ausarbeitung des KST-Handbuches beteiligt, es besteht ein Interessenskonflikt
Reliabilität	- Es wurden immer dieselben Messverfahren angewendet - Die Messinstrumente sind reliabel und valide	- Es sind Unklarheiten bei der Datenanalyse vorhanden - Die Assessments wurden durch unterschiedliche Personen ausgeführt - Die KST wurde ebenfalls durch unterschiedliche Personen ausgeführt
Validität	- Die Personen, welche die KST durchführten,	- Die Studie wurde in unterschiedlichen Settings durchgeführt

verfügten über ein ausreichendes Ausbildungsniveau	-	Das Forschungsdesign war unpassend, für die Zielverfolgung der Studie, gewählt
--	---	--

5 Diskussion

In diesem Teil der Arbeit werden die Ergebnisse der Studien, ersichtlich in Tabelle 5, sowie deren methodisches Vorgehen in Bezug auf die Fragestellung miteinander verglichen und diskutiert. Die Diskussion dieser Bachelorarbeit erfolgt im Hinblick auf die Beantwortung der Fragestellung.

Alle einbezogenen Studien weisen ein quantitatives Forschungsdesign auf, wobei die Studie von Kelly et al. (2017) ein Mixed-Methode Design benutzt. Die qualitativen Ergebnisse dieser Studien sind für die Bearbeitung der Fragestellung dieser Bachelorarbeit nicht relevant. Einige Studien weisen zur Bewertung der Wirksamkeit der KST einen Vergleich von der Interventions- und Kontrollgruppe auf (Coen et al., 2011; Orrell et al., 2014; Piras et al., 2017; Capotosto et al., 2017). Andere Studien arbeiten ausschliesslich mit Interventionsgruppen, wobei die Bewertungen der Pre- und Post-Tests miteinander verglichen werden (Kelly et al., 2016; Streater et al., 2016). Aguirre et al. (2013) wendeten beide Methoden an, indem sie zuerst einen Pre- und Post-Test durchführten, um die Beeinflussung von verschiedenen Variablen zu untersuchen. Anschliessend verglichen sie die Ergebnisse der Post-Tests mit der Kontrollgruppe der Studie von Spector et al. (2003).

Ergebnisse der Studien

Capotosto et al. (2017) weisen signifikante Verbesserungen der Lebensqualität durch die KST aus, Orrell et al. (2014) folgen diesem Ergebnis mit den Proxyberichten nach drei Monaten und den Eigenbewertungen nach der weiterführenden KST. In den Studien von Kelly et al. (2017) und Piras et al. (2017) zeigt sich, dass die Lebensqualität in der Eigenbeurteilung durch die KST eine Verbesserung zeigt, welche jedoch nicht signifikant ausfällt. Ebenfalls wird in der Studie von Coen et al. (2013) eine Tendenz,

knapp unter dem Signifikanzniveau, für Vorteile, in Bezug auf die Lebensqualität durch die KST, festgestellt.

Keine Veränderungen der Lebensqualität durch die KST zeigen Aguirre et al. (2013) sowie die Proxyberichte von Orrell et al. (2014) und Piras et al. (2017). In der Studie von Kelly et al. (2017) fällt die Lebensqualität nach der KST in den Proxyberichten schlechter aus, als vor der KST, was jedoch keine signifikanten Werte sind.

Diese verschiedenen Ergebnisse lassen die Autorinnen erkennen, dass viele unterschiedliche Faktoren der Methodik, der Durchführung sowie der Datenanalyse der Studien die Ergebnisse beeinflussen.

Eines der Einschlusskriterien dieser Arbeit war es, die Lebensqualität mit dem Assessmentinstrument QoL-AD zu bewerten. Es wurde in allen sieben Studien verwendet, was durch die quantitativen Ansätze möglich war. Wie im theoretischen Hintergrund (siehe Kapitel 2.6.1) erläutert, wird der QoL-AD korrekterweise durch die an Demenz erkrankte Person (Eigenbewertung) sowie durch eine Bezugsperson (Proxybewertung) ausgefüllt. In einigen Studien (Coen et al., 2011; Streater et al., 2016; Capotosto et al., 2017) werden die Bewertungen der Bezugspersonen nicht erwähnt. Somit ist unklar, ob diese überhaupt ausgeführt wurden oder in den Ergebnissen integriert sind. In den Studien von Kelly et al. (2017), Orrell et al. (2014), Piras et al. (2017) und Aguirre et al. (2013) werden die Ergebnisse zu den Bewertungen der QoL-AD der Demenzbetroffenen und deren Bezugspersonen getrennt aufgeführt. Diese Erkenntnisse lassen sich auf eine uneinheitliche Ausführung des QoL-ADs zurückführen.

Des Weiteren werden, wie im theoretischen Hintergrund (siehe Kapitel 2.6) erläutert, im QoL-AD 13 verschiedene Bereiche berücksichtigt. Keine der Studien verglich die Teilnehmenden bezüglich dieser Bereiche, mit Ausnahme von Aguirre et al. (2013). Dies stellt ein Problem dar, wenn beispielsweise einer der Bereiche nicht bewertet werden kann und die Bewertung auf das Feld «nicht zutreffend» fällt. In diesem Fall können keine Punkte hinzugezählt werden, was die Lebensqualität schlechter ausfallen lässt. Obwohl in der Studie von Aguirre et al. (2013) einzelne Variablen, wie beispielsweise der Ehestatus und die Wohnsituation in Bezug auf die Lebensqualität

untersucht wurden und dabei kein signifikanter Einfluss festgestellt werden konnte, ist es in den anderen Studien unmöglich abzuschätzen, ob die Lebensqualität durch die KST oder durch andere Einflüsse, in Bezug auf die verschiedenen Bereiche, verändert wird. Es ist anzunehmen, dass auch die Lebensumstände sowie die Verfassung der Teilnehmenden zum Zeitpunkt der Durchführung des Assessments eine Rolle spielen.

Alle Studien, mit Ausnahme von Piras et al. (2017), schliessen unterschiedliche Demenzformen mit ein. Piras et al. (2017) beschäftigen sich in ihrer Studie ausschliesslich mit der vaskulären Demenz. Wie im theoretischen Hintergrund (siehe Kapitel 2.2) erläutert, sind die Ursachen und Verläufe der einzelnen Demenzformen unterschiedlich und die Ergebnisse somit nicht zwingend auf alle Demenzformen übertragbar. Ebenfalls unterscheiden sich die Studien in der Datenanalyse. Die Studien von Aguirre et al. (2013) und Kelly et al. (2017) verwenden zur statistischen Datenanalyse den t-Test. Der t-Test ist statistisch anerkannt, weist jedoch ein hohes Verzerrungsrisiko auf und wird oft in Studien verwendet, welche ein positives Ergebnis erzielen möchten. Streater et al. (2016) sowie Orrell et al. (2014) enthalten unspezifische Datenanalysen, welche für die Autorinnen unverständlich sind. Alle diese vier Studien weisen Interessenskonflikte auf. Die Forscher und Forscherinnen Aguirre, Orrell und Streater sind zusätzlich an der Verfassung des KST-Handbuches beteiligt. Im Vergleich dazu, zeigen Capotosto et al. (2017) und Piras et al. (2017) in ihren Studien keine Interessenskonflikte und verwenden Anovas und Ancovas, welche reliablere Daten liefern. Die Autorinnen stellen sich die Frage, ob Zusammenhänge zwischen der Finanzierung, den Interessen der Forschenden und den verwendeten Datenanalysen bestehen.

Die Studien von Capotosto et al. (2017), Piras et al. (2017), Kelly et al. (2017) und Coen et al. (2011) weisen für ein quantitatives Forschungsdesign eher kleine Stichprobenzahlen auf. Dies stellt die Repräsentativität der Ergebnisse in Frage. Je grösser die Stichprobenzahl der Studien, desto mehr unterschiedliche Institutionen werden eingeschlossen. Dadurch besteht jedoch ein hohes Risiko für Verzerrungen, weil sich viele Institutionen in ihren Aufgabenbereichen (ambulant/ stationär) sowie in

ihren Wertvorstellungen möglicherweise unterscheiden. Diese Limitationen erwähnen auch die Forschenden Kelly et al. (2017) und Streater et al. (2016) in ihren Studien. Hinzu kommt, dass bei mehreren Institutionen auch mehrere Mitarbeitende tätig waren, welche die KST durchführten. Hiermit stellt sich das Problem von mehreren unterschiedlichen Institutionen erneut, da womöglich eine uneinheitliche Durchführung der KST bestand und dies wiederum die Ergebnisse beeinflussen konnte. Bei den Studien von Aguirre et al. (2013), Capotosto et al. (2017), Kelly et al. (2017), Orrell et al. (2014) und Streater et al. (2016) weisen die Forschenden für die KST-Moderatoren eine Ausbildung zum Therapieprogramm aus. Dadurch ist eher anzunehmen, dass die KST einheitlich durchgeführt wurde. In den Studien von Piras et al. (2017) und Coen et al. (2011) ist nicht nachvollziehbar, ob die Moderatoren gleichermassen agierten.

Streater et al. (2016) schlossen nur Teilnehmende von Institutionen mit ein, welche die KST bereits durchführten oder in der Aufsetzung des Therapieprogramms waren. Sofern die KST bereits im Voraus ausgeführt wurde, sind Veränderungen der Lebensqualität nicht zwingend auf die Intervention zurückzuführen, da diese Veränderungen möglicherweise bereits vor dem Studienstart stattgefunden hatten. Im Vergleich dazu hatten in allen anderen Studien die Teilnehmenden keine Erfahrung mit der KST.

Zusätzlich zeigen lediglich Aguirre et al. (2013) und Orrell et al. (2014) in ihrer Studie auf, wie oft die KST durch die Teilnehmenden besucht wurde. Das Fehlen von Teilnehmenden während des Therapieprogramms kann die Ergebnisse beeinflussen. Auch Coen et al. (2011) erwähnen die Wichtigkeit einer regelmässigen, strukturierten Teilnahme mit Kontinuität von Sitzung zu Sitzung.

Die KST wurde während unterschiedlich langen Zeitperioden durchgeführt. Meist wird das Standardprogramm, mit zwei Therapien pro Woche während sieben Wochen, angewendet. Kelly et al. (2017) beschreiben einen Nutzen der KST bei einer Durchführung pro Woche während 14 Wochen und setzen dies in ihrer Studie so um. Währenddessen nutzen Streater et al. (2016) in manchen Institutionen ebenfalls die

einmal wöchentliche Durchführungshäufigkeit und gehen davon aus, dass sie keinen Einfluss auf die Ergebnisse hat, ohne dies untersucht zu haben. Beide dieser Studien erwähnen die Studie von Cove et al. (2014), welche eine KST Durchführung pro Woche als eine zu kleine Durchführungsanzahl sieht, um Veränderungen festzustellen. Die Autorinnen fragen sich deshalb, ob die Ergebnisse aufgrund der unterschiedlichen Durchführungshäufigkeiten beeinflusst wurden.

Alle verwendeten Studien benutzten nebst dem QoL-AD noch weitere Assessmentinstrumente, welche jeweils nacheinander erhoben wurden. Laut Smith (2016) nimmt die Konzentration bei einer Demenzerkrankung ab. Somit besteht die Gefahr, dass die Assessments mit Konzentrationsmangel ausgefüllt und dadurch die Ergebnisse beeinflusst wurden.

6 Beantwortung der Fragestellung

Die Fragestellung dieser Bachelorarbeit lautet: «Welche Wirkung hat die kognitive Stimulationstherapie auf die Lebensqualität von Menschen mit einer leichten bis mittelgradigen Demenzerkrankung in der stationären Langzeitpflege?»

Durch die Studienergebnisse kann keine einheitliche Aussage getroffen und somit die Fragestellung nicht abschliessend beantwortet werden. Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse, dass die KST positive Auswirkungen auf die Lebensqualität von Menschen mit einer leichten bis mittelgradigen Demenz hat, da die Einschätzung der Lebensqualität der Demenzerkrankten durch Betroffene und deren Bezugspersonen aufrechterhaltend oder gar verbessert eingeschätzt wurde. Diese Aussage kann für die stationäre Langzeitpflege sowie für andere untersuchte Settings geltend gemacht werden.

Weiterführend kann diese Arbeit keine Aussagen dazu machen, inwiefern, in welchen Bereichen und wie stark die Lebensqualität der Demenzerkrankten beeinflusst wird.

7 Theorie-Praxis-Transfer

Wie durch die Ergebnisse erläutert, ergibt sich aus den Studien, dass die KST eine geeignete, nicht-medikamentöse Therapie für Menschen mit einer leichten bis mittelgradigen Demenz sein kann, um deren Lebensqualität aufrechtzuerhalten oder zu verbessern.

Daher wird im Theorie-Praxis-Transfer mit Hilfe des Evidenz-based nursing Modells von Rycroft-Malone et al. (2004), die optimale Umsetzung der KST in der stationären Langzeitpflege aufgezeigt.

7.1 Forschungsperspektive

In diesem Kapitel wird, anhand valider und reliabler Forschungsartikeln oder wissenschaftlicher Studien, die Forschungsperspektive aufgezeigt (Rycroft-Malone et al., 2004).

Die Wirksamkeit der KST wurde in vielen Studien untersucht und ausgewertet, wobei sich gezeigt hat, dass die KST positive Auswirkungen auf viele verschiedene Bereiche des alltäglichen Lebens haben kann (Aguirre et al., 2013). Laut Kelly et al. (2017) zeigt die KST einen positiven Einfluss auf das Leben der Demenzerkrankten, deren Familien sowie ihrem betreuenden Pflegepersonal.

Gemäss der nationalen Demenzstrategie 2014 - 2019 (BAG, 2019c), sollten nicht-medikamentöse Angebote, wie beispielsweise die KST, regelmässig in Pflegeheimen zur Verfügung stehen. Dadurch könnte die Alltagsfähigkeit erhalten, die Betroffenen im sozialen Umfeld eingebunden bleiben und die Lebensqualität würde sogar noch verbessert werden (BAG, 2019c).

Dies führte nach der NICE-SCIE zu einer nationalen Empfehlung in Grossbritannien, dass Menschen mit einer leichten bis mittelgradigen Demenz die Möglichkeit haben, regelmässig an einer KST teilzunehmen (National Collaborating Center for Mental Health, 2007). Laut dem Welt-Alzheimer Bericht 2011 sollte die KST routinemässig angeboten werden (Prince, Bryce & Ferri, 2011).

Gemäss Spector et al. (2006) ist die KST mittlerweile in diversen Ländern die meist verbreitete psychosoziale Behandlung für Menschen mit einer leichten bis mittelgradigen Demenz.

7.2 Expertise der Pflege

In diesem Abschnitt geht es darum, sowohl persönliche wie auch Praxiserfahrungen von Pflegefachpersonen miteinzubeziehen und diese aufzuzeigen (Rycroft-Malone et al., 2004).

Die persönlichen Erfahrungen der Autorinnen haben im Praxisalltag gezeigt, dass die Patienten und die Patientinnen, die an einer Demenz erkrankt sind, gerne beschäftigt werden. Viele haben einen Bewegungsdrang und wissen tagsüber oftmals nicht, wie sie sich beschäftigen sollen. Eine der zentralen Aufgaben einer Pflegefachperson ist es, die Bewohner und Bewohnerinnen einer stationären Langzeitinstitution, in ihrem Alltag zu begleiten. Die KST kann zu therapeutischen Zwecken angewendet werden und ist sogleich eine Beschäftigung von Demenzerkrankten. Bekannte Alltagsbeschäftigungen von stationären Langzeitinstitutionen könnten somit zwischendurch durch die KST abgelöst werden. Daher sind die Autorinnen der Meinung, dass eine regelmässige KST in den Institutionen zur Routineaktivität gehören sollte. Ein positiver Aspekt der KST ist, dass jeder Mitarbeiter/jede Mitarbeiterin diese durchführen darf (Spector et al., 2012), so auch beispielsweise eine Fachfrau- und Fachmann Gesundheit, eine Pflegehilfe oder freiwillige Mitarbeitende. Erfahrungsgemäss sind die zeitlichen Ressourcen einer Pflegefachperson knapp und deshalb macht die Möglichkeit, im ganzen Team Hilfe beanspruchen zu können, den Alltag einer Institution flexibler.

Die Mitarbeitenden sollten die KST nach den 18 erwähnten Schlüsselprinzipien (siehe Tabelle 2) durchführen und die Grundsätze der personenzentrierten Pflege von Kitwood, T. (1997) verstehen und diese praktisch umsetzen können (Spector et al., 2012). Um einen erfolgreichen Beziehungsaufbau zu den Demenzerkrankten herstellen zu können, sollten die Pflegefachpersonen in der Rolle als Gruppenleitende und nicht als Lehrer oder Lehrerin agieren, sondern die Demenzbetroffenen zum eigenen Mitwirken animieren (Spector et al., 2012).

Um eine korrekte Anwendung der KST bieten zu können, ist aus Sicht der Autorinnen eine Schulung notwendig, welche für betroffene Mitarbeitende intern durchgeführt werden könnte, obwohl dies, laut Spector et al. (2012), nicht obligatorisch sei.

Von KST-Moderatoren und Moderatorinnen wurde die KST als ausgezeichnet, sehr wichtig und gut geeignet für Demenzerkrankte eingeschätzt (Kelly et al., 2017).

7.3 Umgebungsbedingungen

Gemäss Rycroft-Malone et al. (2004) wird im Abschnitt der Umgebungsbedingungen vorhandene und notwendige ökonomische, politische und gesellschaftliche Ressourcen aufgezeigt.

Zur Bereitstellung der KST werden wenig Ressourcen benötigt, welche in stationären Langzeitinstitutionen üblicherweise vorhanden sind. Dazu gehören ein kleiner, ruhiger Raum, wenig Material, welches für die Durchführung der Therapie benötigt wird sowie zwei Mitarbeitende, welche die Führung der KST übernehmen. Zusätzlich ist zur Anleitung der KST ein Handbuch erhältlich. Es ist bekannt, dass eine regelmässige Durchführung der KST wichtig ist (Coen et al., 2011), dies wäre durch die dauerhafte Anwesenheit von Demenzerkrankten in stationären Langzeitinstitutionen gewährleistet. Da die KST eine Gruppentherapie ist, müssten in KST durchführenden Institution mindestens fünf bis sechs Bewohner und Bewohnerinnen mit einer leichten bis mittelgradigen Demenz wohnen, welche bereit sind, an der KST teilzunehmen. Im Optimalfall sind die Teilnehmenden dieser Gruppe möglichst homogen und verstehen sich untereinander (Spector et al., 2012).

Die jährlichen, direkten Kosten von Demenzbetroffenen in der Schweiz betragen 6.3 Milliarden Franken. 46,5 Prozent dieser Kosten werden von Pflegeheimen verursacht (Alzheimer Schweiz, 2019b). Wie die Studie von Coen et al. (2011) zeigt, ist die KST ein kosteneffizientes Mittel, weshalb die Autorinnen der Meinung sind, dass die KST eine gute, nicht-medikamentöse Intervention wäre, welche die Kosten in den Pflegeheimen nicht zusätzlich belasten würde.

7.4 Ziele, Präferenzen, Wünsche des Klienten/der Klientin

In diesem Abschnitt handelt es sich um Erfahrungen, Wünsche, Bedürfnisse, Vorstellungen und Ziele von Patienten und Patientinnen (Rycroft-Malone et al., 2014).

Laut Smith (2016) sind die psychischen Bedürfnisse von Demenzerkrankten die Bindung, die Identität, der Komfort, die Beschäftigung, die Inklusion und die Liebe. Die

KST kann durch die Gruppentherapie auf einige dieser Grundbedürfnisse Einfluss nehmen. Zusätzlich fokussieren einige der 18 Schlüsselprinzipien (siehe Tabelle 2) auf Faktoren, welche auf die Bedürfnisse von Demenzerkrankten eingehen. Durch die KST konnten neue Beziehungen aufgebaut sowie neues Selbstbewusstsein erlangt und auf die Wünsche der Teilnehmenden eingegangen werden (Spector et al., 2012).

Die Therapie in der Gruppenform führt dazu, dass Demenzerkrankte eine gemeinsame Tätigkeit vollbringen können und die Nähe von Mitmenschen spüren, wodurch sie sich geborgen und zugehörig fühlen (Lind, 2007). Laut Spector et al. (2012) kann durch das regelmässige Treffen die Beziehung zwischen den Demenzbetroffenen sowie zum Gruppenleitenden aufgebaut und gestärkt werden.

Laut der Studie von Kelly et al. (2017) berichteten die Teilnehmenden, dass sie eine Menge Spass an der KST hatten, was übereinstimmt mit dem Hauptansatz der KST (Spector et al., 2012). Sie äussern, dass sie die Intervention sehr genossen haben und diese als überaus positiv bewerten. Sie solle in den Institutionen routinemässig angeboten werden, da die Betroffenen während der Intervention sehr viel gelernt hätten, gefordert wurden und sich Verbesserungen in der Konzentration zeigten (Kelly et al., 2017).

Jeder Mensch ist einzigartig und muss als Individuum betrachtet werden. Bei der Durchführung der KST sollte deshalb auf die Stärken der Demenzerkrankten geachtet und diese in die Interventionen eingebaut werden, um den Teilnehmenden eine möglichst angenehme und profitable Intervention bieten zu können (Spector et al., 2012).

8 Schlussfolgerung

Die vorliegende Arbeit repräsentiert eine systematisierte Literaturrecherche, welche sich mit der Wirkung der KST auf die Lebensqualität von Menschen mit einer leichten bis mittelgradigen Demenz in der stationären Langzeitpflege beschäftigt.

Abschliessend kann aufgezeigt werden, dass unterschiedliche Ergebnisse vorliegen. Meist wird die Lebensqualität der Betroffenen durch die KST aufrechterhaltend oder gar verbessert eingeschätzt. Zusätzlich zeigt diese Arbeit auf, dass durch die Wirkung der Standard KST sowie durch die weiterführende KST, die Lebensqualität von Demenzerkrankten aufrechterhalten oder positiv beeinflusst werden kann. Zusätzlich ist die optimale Durchföhrhäufigkeit der KST in Bezug auf die Wirksamkeit der Intervention sowie zur Integration in das aktuelle Gesundheitssystem noch unklar und die Forschenden fordern diesbezüglich weitere Forschungen. In den Studien von Piras et al. (2017) und Capotosto et al. (2017) wird aufgezeigt, dass die KST erfolgreich an kulturelle Aspekte des Durchführungsortes angepasst werden kann. Ebenfalls ist ersichtlich, dass die KST bei Personen unterschiedlicher Demenzarten angewendet werden kann.

Dadurch, dass die Lebensqualität durch die Betroffenen und deren Bezugspersonen unterschiedlich ausgewertet wurde, wird aufgezeigt, wie individuell die Lebensqualität eingeschätzt wird.

Wie sich die Wirkung der KST auf die Lebensqualität in Verwendung anderer Assessmentinstrumenten zeigen würde, wäre interessant. In der Studie von Aguirre et al. (2013) wurde beispielsweise die Lebensqualität durch die KST in zwei unterschiedlichen Assessments verschieden bewertet, obwohl die Einschätzung durch dieselben Personen erfolgte. Ettema, Dröes, de Lange, Mellenbergh und Ribbe (2005) sagen dazu jedoch, dass in den bisher entwickelten Messinstrumenten zur Lebensqualität ein schwerwiegender Mangel darin liege, dass die entwickelten Instrumente nicht unbedingt all diese Bereiche erfassen würden, welche für die individuelle Lebensqualität wichtig seien.

Weiterführend wäre spannend zu untersuchen, welche Bereiche der Lebensqualität wodurch und inwiefern beeinflusst werden, damit der Nutzen der KST im Vergleich zu anderen Interventionen abgegrenzt betrachtet werden könnte. Gemäss Kelly et al.

(2017) korreliert beispielsweise die selbsteingeschätzte Kognition sowie das Wohlbefinden positiv mit der Lebensqualität von Demenzerkrankten.

Es besteht weiterer Forschungsbedarf, welcher die Wirkung der KST genauer und spezifischer untersucht, was im Kapitel 9 weiter erläutert wird.

Wie bereits diskutiert wurde, sind einige Ergebnisse nicht signifikant und einige der Studien weisen in der Methodik Lücken auf, weshalb die Ergebnisse mit Vorsicht genossen werden sollen. Trotzdem sehen die Autorinnen die KST als eine empfehlenswerte, nicht-medikamentöse Intervention für Menschen mit einer leichten bis mittelgradigen Demenz an.

Die KST basiert auf den Ansätzen einer personenzentrierten Pflege.

Aguirre et al. (2018) gibt folgende Umschreibung:

Der personenzentrierte Ansatz bedeutet, sich selbst zu erlauben, eine Person zu sein. Ein normaler Mensch, der mit anderen Menschen in Beziehung tritt – unabhängig davon, ob sie von Demenz betroffen sind, in einer überschaubaren Gruppe, ein wenig ausserhalb der strikten, vom Pflegenotstand geprägten, institutionellen Rahmenbedingungen. Dieses humanistische Unterfangen ist nicht immer leicht umsetzbar, aber es ist möglich - und lohnt sich. (S. 27)

Gemäss Kitwood, T. (2008, zit. nach Oppikofer, 2013, S. 2) stehen die Bedürfnisse Trost, Liebe, Einbeziehung, Identität, Beschäftigung, Bindung, Geborgenheit und Wohlbehagen im Mittelpunkt von Menschen mit Demenz. Können diese Bedürfnisse berücksichtigt werden, ist eine gute Lebensqualität möglich (Oppikofer, 2013). Viele dieser Bedürfnisse finden in der KST Raum und werden bewusst angesprochen. Eine regelmässige, strukturierte und korrekte Durchführung der KST ist dabei wichtig. Ein weiterer wichtiger Punkt sehen die Autorinnen darin, dass die KST in einer Gruppe stattfindet. Dank sozialer Integration und Ermutigung zur KST, wird die Stimmung der Teilnehmenden aufrechterhalten, was zur Verbesserung der Lebensqualität beitragen kann (Capotosto et al., 2017).

Zudem ist die KST eine kosteneffektive Therapie, welche wenig personelle sowie materielle Ressourcen benötigt und in der stationären Langzeitpflege umgesetzt werden kann. Diese Faktoren sind im derzeitigen Gesundheitssystem nicht zu unterschätzen.

Deshalb sehen die Autorinnen die Implementation der KST in der stationären Langzeitpflege als sinnvoll und wünschen sich, dass diese in Zukunft vermehrt angewendet und gefördert wird.

9 Empfehlungen für die Forschung

Forschungsergebnisse, welche sich mit der KST auseinandersetzen, sind reichlich vorhanden. Studien, welche sich mit der KST auseinandersetzen und ausschliesslich auf die Lebensqualität beziehen, jedoch kaum. Deshalb wären Forschungen, welche sich mit der Wirkung der KST, ausschliesslich in Bezug auf die Lebensqualität beschäftigen, empfehlenswert.

Es besteht zudem wenig Forschung, welche einzelne Demenzformen untersuchen. Der Verlauf der Demenzerkrankungen ist, wie im theoretischen Hintergrund (siehe Kapitel 2.2) erläutert, unterschiedlich und die Wirksamkeit der KST kann nicht zwingend auf alle Demenzformen gleichermassen übertragen werden. Deshalb wäre eine weitere Forschung empfohlen, welche unterscheidet, ob die Wirksamkeit der KST, in Bezug auf die Lebensqualität, abhängig von der Demenzform ist oder nicht.

Des Weiteren sind wenig Studien mit genügend grossen Stichprobengrössen vorhanden, was verhindert, aussagekräftige Ergebnisse zu liefern. Deshalb sind weitere Forschungen mit angemessenen Stichprobengrössen erforderlich.

Wie in dieser Arbeit zu sehen ist, können viele unterschiedlich untersuchte Settings zu Verzerrungen der Ergebnisse führen. Die Autorinnen sehen deshalb die Notwendigkeit, noch weitere Studien durchzuführen, welche sich auf einzelne, spezifische Settings konzentrieren, wie beispielsweise die stationäre Langzeitpflege, damit wenig andere Einflüsse die Ergebnisse verfälschen.

Bis heute konzentriert sich die Studienlage grösstenteils auf Grossbritannien, Irland, Italien sowie den asiatischen Raum. Spannend wäre es, auch Studien in der Schweiz durchzuführen, um eine möglichst nahe Praxisimplikation erlangen zu können.

Zudem sollte hinsichtlich der Dauer der KST geforscht werden. Der jetzige Forschungsstand beruht grösstenteils auf der Standardausführung der KST, welche zweimal wöchentlich, während sieben Wochen, durchgeführt wird. Die Autorinnen empfehlen deshalb weitere Forschungen, um herauszufinden, wie häufig und über welchen Zeitraum die KST durchzuführen ist, um den optimalen Nutzen der Intervention erreichen zu können.

10 Limitationen

Diese Arbeit weist einige Limitationen auf, welche im folgenden Abschnitt erklärt werden.

Durch den begrenzten Zeitrahmen dieser Arbeit wurde nur eine systematische Literaturrecherche durchgeführt. Es besteht die Möglichkeit, dass zusätzliche, relevante Literatur nicht erfasst werden konnte. Zudem schränkt die Eingrenzung auf das Assessmentinstrument QoL-AD, zur Beurteilung der Lebensqualität, die Studienlage ein.

Die Forschungslage des Themenbereichs dieser Arbeit ist gross, breit gefächert und beinhaltet viele Studien, die über zehn Jahre alt sind. Diese Tatsache grenzte die Studiensuche ein, da die Autorinnen nur aktuelle Forschungen verwendeten.

Eine Limitation zeigte sich auch darin, dass viele Studien aus dem asiatischen Raum stammen und keine Studie aus der Schweiz gefunden werden konnte.

Einige Studien weisen Unklarheiten in der Methodik auf, was in den Würdigungen erklärt wurde. Den Autorinnen ist jedoch nicht klar, wie stark diese die Ergebnisse schliesslich beeinflussten.

Alle sieben Studien bezogen sich nicht ausschliesslich auf die Lebensqualität, sondern untersuchten viele weitere Bereiche. Deshalb war die Erarbeitung des Diskussions- und Ergebnisteils sehr aufwändig und schwierig. Die Autorinnen hätten sich gewünscht, einige Studien einschliessen zu können, welche sich ausschliesslich auf die Lebensqualität fokussiert hätten, was aber aufgrund der vorhandenen Studienlage nicht möglich war.

Die sieben untersuchten Studien befinden sich auf der Evidenzpyramide von DiCenso et al. (2009) auf der sechsten Stufe, was somit dem untersten Level der 6S-Pyramide entspricht. Da alle Studien aus der primären Forschungsliteratur stammen, ist das Evidenzlevel sehr tief.

Die Interpretation der Ergebnisse, die Diskussion sowie der Forschungsbedarf hätte noch weiter ausgeführt werden können und ist in der Arbeit nicht abschliessend besprochen. Die Autorinnen gingen beispielsweise nicht genauer darauf ein, dass die Studien unterschiedliche Assessmentinstrumente wie den MMST oder die CRS zur Einstufung der Demenzstadien verwendeten. Die Autorinnen konzentrierten sich auf die relevanten Punkte und erläuterten diese zusammenfassend.

Literaturverzeichnis

- Aguirre, E., Hoare, Z., Streater, A., Woods, B., Hoe, J., Orrell, M. (2013). Cognitive stimulation therapy (CST) for people with dementia - who benefits most? *Geriatric Psychiatry*, 28, 284–290. doi: 10.1002/gps.3823
- Aguirre, E., Spector, A., Hoe, J., Russell, I. T., Knapp, M., Woods, B. T. & Orrell, M. (2010). Maintenance Cognitive Stimulation Therapy (CST) for dementia: A single-blind, multi-centre, randomized controlled trial of Maintenance CST vs. CST for dementia. *Trials*, 11(1), 46. doi: 10.1186/1745-6215-11-46
- Aguirre, E., Spector, A., Streater, A., Hoe, J., Woods, B. & Orrell, M. (2018). *Kognitive Stimulationstherapie*. Ein evidenzbasiertes Gruppenprogramm für Menschen mit Demenz. In Werheid, K. & Schabs-Schmidt, B. (Hrsg.). Dortmund: Modernes lernen.
- Alzheimer's Disease International. (2019). *World Alzheimer Report 2019*. Attitudes to dementia. Heruntergeladen von <https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2019.pdf> am 14. Februar 2020.
- Alzheimer Schweiz. (Hrsg.). (2010). *Häufige Demenzerkrankungen: Alzheimer-Krankheit und vaskuläre Demenz*. Heruntergeladen von https://www.alzheimer-schweiz.ch/fileadmin/dam/Alzheimer_Schweiz/de/Publikationen-Produkte/Krankheiten/haeufige-demenzerkrankungen.pdf am 27. Januar 2020.
- Alzheimer Schweiz. (Hrsg.). (2019a). *Abklärung und Diagnosestellung*. Heruntergeladen von https://www.alzheimer-schweiz.ch/fileadmin/dam/Alzheimer_Schweiz/de/Publikationen-Produkte/Diagnose-Behandlung/abklaerung-diagnose.pdf am 27. Januar 2020.
- Alzheimer Schweiz. (Hrsg.). (2019b). *Demenzkosten in der Schweiz 2019*. Heruntergeladen von https://www.alzheimer-schweiz.ch/fileadmin/dam/Alzheimer_Schweiz/de/Dokumente/Ueber_Demenz/Zahlen-Fakten/DemenzkostenCH_2019.pdf am 24. Februar 2020.
- Alzheimer Schweiz (Hrsg.). (2019c). *Leben mit Demenz: Tipps für Angehörige und Betreuende*. Heruntergeladen von https://www.alzheimer-schweiz.ch/fileadmin/dam/Alzheimer_Schweiz/de/Publikationen-Produkte/Pflege-Betreuung/tipps-angehoerige_01.pdf am 25. Februar 2020.

- Bartholomeyczik, S., Linhart, M., Mayer, HA. & Mayer, HE. (Hrsg.). (2008). *Lexikon der Pflegeforschung: Begriffe aus Forschung und Theorie*. München: Urban & Fischer.
- Bord, M., Stewart, A. L., Sands, L. & Walton, P. (1999). Conceptualization and Measurement of Quality of Life in Dementia: The Dementia Quality of Life Instrument (DQoL). *The Gerontologist*, 39(1), 25-35.
- Bundesamt für Gesundheit (2018). *Wachstum der Gesundheitskosten: Mittlere Krankenkassenprämien steigt um 1.2 Prozent*. Heruntergeladen von <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/aktuell/medienmitteilungen.msg-id-72277.html> am 06. März 2020.
- Bundesamt für Gesundheit (2019a). *Prävalenzschätzungen zu Demenzerkrankungen in der Schweiz*. Heruntergeladen von <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-fakten-demenz.html> am 14.02.2020.
- Bundesamt für Gesundheit (Hrsg.). (2019b). *Demenz in der Schweiz: Eine Übersicht der Ergebnisse der nationalen Demenzstrategie 2014-2019*. Heruntergeladen von <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/nationale-demenzstrategie.html> am 14. Februar 2020.
- Bundesamt für Gesundheit (Hrsg.). (2019c). Weiterentwicklung von Empfehlungen in den Bereichen Früherkennung, Diagnostik und Behandlung für die Grundversorgung. *Nationale Demenzstrategie 2014-2019 Teilprojekt NDS 6.1*. Heruntergeladen von <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/nationale-demenzstrategie/Demenzstrategie-hf3-Qualitaet-Fachkompetenz.html> am 24. Februar 2020.
- Cahill, S., O'Shea, E. & Pierce, M. (2012). *Creating excellence in dementia care: A research review for Ireland's national dementia strategy*. DSIDS's Living with Dementia Research Programme, School of Social Work and Social Policy, Trinity College, Dublin, Irish Centre for Social Gerontology & National University of Ireland: Galway.
- Capotosto, E., Belacchi, C., Gardini, S., Faggian, S., Piras, F., Mantoan, V., . . . Borella, E. (2017). Cognitive stimulation therapy in the Italian context: its efficacy

- in cognitive and non-cognitive measures in older adults with dementia. *Geriatric Psychiatry*, 32, 331–340.
- Coen, R. F., Flynn, B., Rigney, E., O'Connor, E., Fitzgerald, L., Murray, C., . . . Edgeworth, J. (2011). Efficacy of a cognitive stimulation therapy programme for people with dementia. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 28(3), 145-147. doi: 10.1017/S0790966700012131
- Cove, J., Jacobi, N., Donovan, H., Orell, M., Stott, J., Spector, A. (2014). Effectiveness of weekly cognitive stimulation therapy for people with dementia and the additional impact of enhancing cognitive stimulation therapy with a carer training program. *Clinical Interventions in Aging*, 11(9), 2143–2150. doi: 10.2147/CIA.S66232
- DiCenso, A., Bayley, L., & Haynes, R. B. (2009). Accessing pre-appraised evidence: fine-tuning the 5S model into a 6s model. *Evidence Based Nurs*, 12(4), 99–101.
- Ettema, T. P., Dröes, R. M., de Lange, J., Mellenbergh, G. J., Ribbe, M. W. (2005). A review of quality of life instruments used in dementia. *Quality of Life Research*, 14, 675–686.
- Felbecker, A., Limmroth, V., Bopp-Kistler, I., Meyer-Heim, T., Bosshard, G., Seeger, R., . . . Herwig, U. (2019). Leben mit Demenz. In Felbecker, A., Limmroth V. & Tettenborn B. (Hrsg.). *Demenzerkrankungen*. Das Wichtigste für Ärzte aller Fachrichtungen (S. 119-146). München: Elsevier.
- Folstein, M., Folstein, S. E. & McHugh, P. R. (1975). Mini-Mental State: A practical method for grading the state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198.
- Hall, L., Orell, M., Stott, J., Spector, A. (2013). Cognitive stimulation therapy (CST): neuropsychological mechanisms of change. *International Psychogeriatrics*, 25(3), 479–489. doi: 10.1017/S1041610212001822
- Höpfinger, F. (2019). *Demenzielle Erkrankungen – Epidemiologische Grundlagen, demografische und gesellschaftliche Perspektiven*. Heruntergeladen von <http://www.hoepflinger.com/fhtop/Demenz.pdf> am 13. August 2019.
- Ivemeyer, D. & Zeffass, R. (2005). Mini-Mental State Test (MMST). *Demenztests in der Praxis: Ein Wegweiser* (2. Aufl.). (S. 87-90). München: Urban & Fischer.

- Kastner, U., & Löbach, R. (2018). *Handbuch Demenz: Fachwissen für Pflege und Betreuung* (4. Aufl.). München: Elsevier.
- Kelly, M. E., Finan, S., Lawless, M., Scully, N., Vitzpatrick, J., Quigley, M., . . . Devane, A. (2017). An evaluation of community-based cognitive stimulation therapy: a pilot study with an Irish population of people with dementia. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 34, 157–167. doi: 10.1017/ipm.2016.23
- Kitwood, T. M. (1997). *Dementia reconsidered: the person comes first*. London: Open University Press.
- Knapp, M., Thorgrimsen, L., Patel, A., Spector, A., Hallam, A., Woods, B. & Orrell, M. (2006). Cognitive stimulation therapy for people with dementia: cost-effectiveness analysis. *British Journal of Psychiatry*, 188, 574-580. doi: 10.1192/bjp.bp.105.010561
- Kuhn, D. & Verity, J. (2012). Einleitung. In Strunk-Richter, H. (Hrsg.). *Die Kunst der Pflege von Menschen mit Demenz* (S. 18-21). Bern: Huber.
- Lind, S. (2007). Reagieren. *Demenzkrankte Menschen pflegen: Grundlagen – Strategien – Konzepte* (2. Aufl.). (S. 165-203). Bern: Hans Huber.
- Lobbia, A., Carbone, E., Faggian, S., Gardini, S., Piras, F., Spector, A. & Borella, E. (2018). The efficacy of cognitive stimulation therapy (CST) for people with mild-to-moderate dementia: A review. *European Psychologist* 24(3), 257-277. doi: 10.1027/1016-9040/a000342
- Logsdon, R. G., Gibbons L. E., McCurry, S. M., Teri, L. (1999). Quality of Life in Alzheimer's Disease: Patient and Caregiver Reports. *Journal of Mental Health and Aging*, 5(1), 21-32.
- Logsdon, R.G., Gibbons, L.E., McCurry, S. M., Teri, L. (2002). Assessing quality of life in older adults with cognitive impairment. *Psychosomatic Medicine*, 64, 510–519.
- Martin, M., Schneider, R., Eicher, S. & Moor, C. (2012). The Functional Quality of Life (fQOL) – Model. A new Basis for Quality of Life-Enhancing Intervention sin Old Age. *GeroPsych*, 25(1), 33-40. doi: 10.1024/1662-9647/a000053
- Moniz-Cook, E., Vernooij-Dassen, M., Woods, R., Verhey, F., Chattat, R., Vugt, M. DE., . . . Orrell, M. (2008). A European consensus on outcome measures for

- psychosocial intervention research in dementia care. *Aging and Mental Health*, 12(1), 14–25. doi: 10.1080/13607860801919850
- Monsch, A., & Held, C. (2018). Neuropathologie und Diagnostik der Demenz. In Held, C. (Hrsg.) *Was ist «gute» Demenzpflege?: Verändertes Selbstleben bei Demenz - ein Praxisbuch für Pflegende* (2. Aufl.) (S. 31-42). Bern: Hogrefe.
- Morris, J. D. (1993). Clinical Dementia Rating (CDR): Current version and scoring rules. *Neurology*, 43, 2412-2414. doi: 10.1212/WNL.43.11.2412-a
- Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., . . . Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4), 695-699. doi: 10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x
- National Collaborating Centre for Mental Health. (2007). *Dementia. The NICE-SICE guideline on supporting people with dementia and their carers in health and social care*. London: Alden Press.
- Oberholzer, M., Bassetti, C. L., Müri, R. M., Göhl, K., Felbecker, A., Kägi, G., . . . Zieglgänsberger, D. (2019). Demenzformen. In Felbecker, A., Limmroth V. & Tettenborn B. (Hrsg.). *Demenzerkrankungen: Das Wichtigste für Ärzte aller Fachrichtungen* (S. 43-91). München: Elsevier.
- Oppikofer, S. (2013). *Lebensqualität von Menschen mit einer Demenzerkrankung*. Heruntergeladen von <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/krankheiten/krankheiten-im-ueberblick/demenz.html> am 07. Dezember 2019.
- Orrell, M., Aguirre, E., Spector, A., Hoare, Z., Woods, R. T., Streater, A., . . . Russell, I. (2014). Maintenance cognitive stimulation therapy for dementia: single-blind, multicentre, pragmatic randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 204, 454–461. doi: 10.1192/bjp.bp.113.137414
- Piras, F., Carbone, E., Faggian., S., Salvalaio, E., Gardini, S. & Borella, E. (2017). Efficacy of cognitive stimulation therapy for older adults with vascular dementia. *Dement Neuropsychologia*, 11(4), 434-441. doi: 10.1590/1980-57642016dn11-040014
- Prince, M., Bryce, R., Ferri, C. (2011). *World Alzheimer Report: The benefits of early diagnosis and intervention*. Heruntergeladen von <https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2011.pdf> am 10. Januar 2020.

- Ready, R. E & Ott, B. R. (2003). Quality of Life measures for dementia. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1, 11. doi: 10.1186/1477-7525-1-11
- Ris, I. & Preusse-Bleuler, B. (2015). *AICA: Arbeitsinstrument für ein Critical Appraisal eines Forschungsartikels*. Schulungsunterlagen Bachelorstudiengänge Departement Gesundheit ZHAW.
- Rycroft-Malone, J., Seers, K., Titchen, A., Harvey, G., Kitson, A. & McCormack B. (2004). What counts as evidence in evidence-based practice? *Journal of Advanced Nursing*, 47(1), 81-90. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.03068
- Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK-ASI (2018). Bundesrat negiert Pflegenotstand. Heruntergeladen von https://www.sbk.ch/aktuell/news-singele?tx_news_pi1%5Bnews%5D=58&cHash=67da0f5f8baf800f0c87e08826cb6092 am 06. März 2020.
- Smith, P. T. M. (2016). Was ist Demenz? Die psychologischen und sozialen Bereiche. George, J., Werner, S. & Steinhauer, K. (Hrsg.) *Stressreduzierende Pflege von Menschen mit Demenz* (S.70-72). Bern: Hogrefe.
- Spector, A., Orrell, M., Davies, S. & Woods, B. (2001). Can reality orientation be rehabilitated? Development and piloting of an evidence-based programme of cognition-based therapies for people with dementia. *Neuropsychological Rehabilitation*, 11(3-4), 377-397. doi: 10.1080/09602010143000068
- Spector, A., Orrell, M. & Woods, B. (2010). Cognitive stimulation therapy (CST): effects on different areas of cognitive function for people with dementia. *Geriatric Psychiatry*, 25, 1253–1258. doi: 10.1002/gps.2464
- Spector, A., Thorgrimsen, L., Woods, B., & Orrell, M. (2006). *Making a Difference: An Evidence based Group Programme to Offer Cognitive Stimulation Therapy (CST) to People with Dementia*. London: Hawker Publications.
- Spector, A., Thorgrimsen, L., Woods, B. & Orell, M. (2012). *Kognitive Anregung (CST) für Menschen mit Demenz*. Evidenzbasiertes Praxis- und Gruppenhandbuch. Bern: Hans Huber.
- Spector, A., Thorgrimsen, L., Woods, B., Royan, L., Davies, S., Butterworth, M., & Orrell, M. (2003). Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy

- programme for people with dementia. *British Journal of Psychiatry*, 183, 248-254.
- Streater, A., Spector, A., Aguirre, E. & Orrell, M. (2016). Cognitive stimulation therapy (CST) for people with dementia in practice: An observational study. *British Journal of Occupational Therapy*, 79(12), 762-767. doi: 10.1177/0308022616668358
- Tettenborn, B., & Felbecker, A. (2019). Grundlagen. In Felbecker, A., Limmroth, V. & Tettenborn, B. (Hrsg.). *Demenzerkrankungen: Das Wichtigste für Ärzte aller Fachrichtungen* (S. 5-12). München: Elsevier.
- University College London (UCL). (2020). *CST by Country*. Heruntergeladen von <https://www.ucl.ac.uk/pals/research/clinical-educational-and-health-psychology/research-groups/international-cognitive-1> am 28. Februar 2020.
- Weltgesundheitsorganisation (WHO). (2018). Organische, einschliesslich symptomatischer psychischer Störungen. In Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (Hrsg.). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen* (S. 72-75). Bern: Hogrefe.
- Wied, S. & Warmbrunn, A. (Hrsg.). (2012). *Pschyrembel: Pflege*. Berlin/Boston: Gruyter.
- Wermke, M., Kunkel, K. & Scholze, W. (Hrsg.). (2010). *Duden: Das Bedeutungswörterbuch*. Mannheim: Duden.
- Woods, B., Aguirre, E., Spector, A. E., Orrell, M., (2012). Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 15(2), 1-54. doi: 10.1002/14651858.CD005562.pub2

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Demenzformen angepasst nach Kastner & Löbach (2018).....	6
Abbildung 2: Modell von Rycroft-Malone (Rycroft et al., 2004)	13
Abbildung 3: Flussdiagramm der Literaturrecherche.....	18
Abbildung 4: 6S Pyramide nach DiCenso et al. (2009)	19

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Aufzählungen der Demenzstadien.....	7-8
Tabelle 2: 18 Schlüsselprinzipien der KST nach Spector et al. (2006)	9-10
Tabelle 3: Verwendete Keywords für die Literaturrecherche.....	15
Tabelle 4: Übersicht der Ein- und Ausschlusskriterien	16
Tabelle 5: Übersichtstabelle der sieben verwendeten Studien.....	21-24
Tabelle 6: Güterbeurteilung der Studie von Aguirre et al. (2013).....	28
Tabelle 7: Güterbeurteilung der Studie von Capotosto et al. (2017)	31
Tabelle 8: Güterbeurteilung der Studie von Coen et al. (2011)	34-35
Tabelle 9: Güterbeurteilung der Studie von Kelly et al. (2017).....	37-38
Tabelle 10: Güterbeurteilung der Studie von Orrell et al. (2014).....	40
Tabelle 11: Güterbeurteilung der Studie von Piras et al. (2017)	43
Tabelle 12: Güterbeurteilung der Studie von Streater et al. (2016).....	46-47

Wortzahl

Abstract: **196 Wörter**

Die Bachelorarbeit beinhaltet (exklusive Titelblatt, Inhaltsverzeichnis, Abstract, Literaturverzeichnis, Tabellenverzeichnis, Abbildungsverzeichnis, Danksagung, Eigenständigkeitserklärung und Anhang) **11'436 Wörter**.

Danksagung

Die Autorinnen möchten sich bei der Betreuungsperson, Herrn Markus Musholt, für die hilfreiche und grossartige Unterstützung und Betreuung während der Verfassung der Bachelorarbeit bedanken.

Für das kompetente Lektorat geht ein Dankeschön an Herrn [REDACTED] von Textradar.

Zudem möchten sich die Autorinnen von ganzem Herzen bei den Familien und den Freunden für die motivierenden und ermutigenden Worte, sowie die Geduld während dem Erarbeitungsprozess der Bachelorarbeit bedanken.

Eigenständigkeitserklärung

«Wir erklären hiermit, dass wir die vorliegende Arbeit selbstständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Benutzung der angegebenen Quellen verfasst haben.»

Winterthur, 23. April 2020

Kamber Stéphanie

Osterwalder Rahel

Anhang

Anhang A: Suchverlauf

Datenbank CINAHL Complete

Limitation: 2009-2019

Datum:	Suchstrategie:	An- zahl Hits:	Rele- vante Artikel:	Eingeschlos- sene Artikel:
26.07.2019	(dementia) AND (reality therapy) AND (quality of life)	7	1	0
08.08.2019	(dementia) AND (cognitive stimulation therapy) AND (quality of life) AND (care home) AND (non-pharmacological interventions)	1	1	0
20.12.2019	(dementia OR alzheimer's disease) AND (cognitive stimulation OR cogni- tive stimulation therapy) AND (quality of life OR well-being OR benefits)	89	16	Streater et al. (2016) Orell et al. (2014) Kelly et al. (2017) Capotosto et al. (2017) Aguirre et al. (2013) Coen et al. (2011)
26.01.2020	(dementia OR neurocognitive disor- der) AND (cognitive stimulation) AND (quality of life) AND (long term care)	8	4	Coen et al. (2011)

Datenbank: PsycINFO*Limitation: 2009-2019*

Datum:	Suchstrategie:	Anzahl Hits:	Relevante Artikel:	Eingeschlossene Artikel:
11.10.2019	(dementia OR alzheimer's disease) AND (quality of life) AND (cognitive stimulation therapy OR CST)	41	17	Capotosto et al. (2017) Piras et al. (2017) Kelly et al. (2017) Streater et al. (2016) Orrell et al. (2014) Aguirre et al. (2013) Coen et al. (2011)
26.07.2019	(dementia OR alzheimer's disease OR neurocognitive disorder) AND (cognitive stimulation therapy OR cognitive stimulation OR CST) AND (quality of life OR well-being) AND (long term care OR nursing home OR care home)	13	5	Aguirre et al. (2013) Coen et al. (2011)
11.10.2019	(dementia OR neurocognitive disorder OR alzheimer's disease) AND (quality of life) AND (cognitive stimulation OR cognitive stimulation therapy)	62	13	Streater et al. (2016) Orell et al. (2014) Piras et al. (2017) Kelly et al. (2017)

Capotosto et al. (2017)
Aguirre et al. (2013)
Coen et al. (2011)

Datenbank MEDLINE

Limitation: 2009-2019

Datum:	Suchstrategie:	Anzahl Hits:	Relevante Artikel:	Eingeschlossene Artikel:
11.10.2019	(Cognitive stimulation OR cognitive stimulation therapy OR CST) AND (dementia OR Alzheimer's disease OR neurocognitive disorder) AND (quality of life OR well-being)	103	19	Piras et al. (2017) Kelly et al. (2017) Orrell et al. (2014) Capotosto et al. (2017) Coen et al. (2011) Aguirre et al. (2013) Streater et al. (2016)
11.10.2019	(neurocognitive disorder OR dementia) AND (cognitive stimulation therapy) AND (quality of life) AND (long-term care)	3	2	Coen et al. (2011)
11.10.2019	(Cognitive stimulation OR cognitive stimulation	11	5	Coen et al. (2011) Aguirre et al. (2013)

	therapy OR CST) AND (de- mentia OR alz- heimer's dis- ease OR neu- rocognitive dis- order) AND (quality of life OR well-being) AND (long term care OR nursing home OR care home)			
29.07.2019	(neurocognitive disorder OR de- mentia) AND (cognitive stimu- lation therapy) AND (quality of life) AND (care home)	1	1	Aguirre et al. (2013)

Anhang B: AICA Raster mit Zusammenfassungen und Würdigungen der Studien

Anhang B1: Aguirre et al. (2013)

Zusammenfassung der Studie: Cognitive stimulation therapy (CST) for people with dementia- who benefits most?

Einleitung	<p>Problembeschreibung: Woods et al. (2012) zeigt in einem Cochrane Review, dass die kognitive Stimulationstherapie positive Auswirkungen auf die Kommunikation, soziale Interaktion sowie Lebensqualität bei Demenzerkrankten hat. Ergebnisse vorheriger Studien führte zu einer nationalen Empfehlung, dass die KST für Menschen mit einer leichten bis mittelgradigen Demenz allgemein verfügbar ist. Faktoren, welche Auswirkungen auf die Wirksamkeit der KST haben, sind jedoch noch nicht bekannt (NICE-SCIE, 2006). Woods et al. (2006) fand heraus, dass Verbesserungen der Lebensqualität durch das weibliche Geschlecht, geringere Depressionslevels und verbesserte kognitive Funktionen beeinflusst werden.</p> <p>Forschungsfrage/ Ziel: Die Studie untersucht, ob soziodemographische Merkmale und der Einsatz von Antidementiva bei Menschen mit Demenz eine positive Reaktion auf die KST vorhersagen.</p> <p>Forschungsbedarf: Die Wirksamkeit von KST wurde in einigen vorherigen Studien untersucht und ausgewertet. Die Forschenden dieser Studie wollten herausfinden, welche Faktoren diese Ergebnisse beeinflussen.</p>
Methode	<p>Design: -Es handelt sich um eine randomisiert kontrollierte Studie wobei die KST Gruppe mit einer Kontrollgruppe verglichen wird. -Es handelt sich um ein quantitatives Forschungsdesign.</p> <p>Stichprobe: Die Population setzt sich aus Personen von London, Essex und Bedfordshire zusammen. Die Hälfte der Teilnehmenden wurden aus Tageszentren, Teams für psychische Gesundheit und dem freiwilligen Sektor rekrutiert. Die andere Hälfte der Stichprobe waren aus Pflegeheimen. Teilnehmende aus insgesamt 18 Institutionen (9:9) wurden in der Studie inkludiert.</p> <p>Folgende Einschlusskriterien wurden für die Studie beachtet:</p> <ul style="list-style-type: none">- Eine formale Demenzform (DSM 4. Ausgabe)- Leichte bis mittelschwere Demenz (eingestuft durch the clinical dementia rating scale (CDR) 0.5-2)- Die Fähigkeit ein sinnvolles Gespräch zu führen und die Gruppenteilnehmenden zu verstehen

- Gutes Seh- und Hörvermögen
- Keine schwere physische Erkrankung oder Behinderung welche die Teilnahme einschränken könnte
- Keine Diagnose für Lernbehinderung
- Ausreichend Englischkenntnisse

Insgesamt erfüllten 272 Personen die Einschlusskriterien, 236 führten die gesamte Studie durch. Gründe zum Rückzug der anderen Personen waren Gesundheitliche Probleme, Umzug in andere Pflegeeinrichtungen sowie Verweigerung, weiter an der Studie teilzunehmen.

Die Stichprobe wurde damit begründet, dass sie weitgehend repräsentativ mit der Bevölkerung und mögliche Unterschiede in der Wirksamkeit zwischen Menschen in Pflegeheimen oder ambulanter Pflege festgestellt werden können.

Die Teilnehmenden wurden nach Zufallsprinzip in zwei unterschiedliche Gruppen in den jeweiligen Zentren unterteilt. Das Ziel der Randomisierung war es, den Korrelationskoeffizienten innerhalb der Gruppen zu reduzieren und die Variabilität innerhalb der beiden Gruppen zu erhöhen, um sicherzustellen, dass jede mögliche Änderung auf die Intervention zurückzuführen ist.

Alle Gruppen erhielten während sieben Wochen die KST.

-Durchschnittlich nahmen die Teilnehmenden an 10.3 Sitzungen (Reichweite von 0-14) teil, 81% der Teilnehmenden nahmen an sieben oder mehr Sitzungen teil.

-Das Durchschnittsalter betrug 82.6 Jahre. 61% waren Frauen, 42% lebten in Pflegeeinrichtungen die restlichen 58% in den Gemeinschaften.

-90.1 % der Teilnehmenden war weisser Hautfarbe und 46.7% war verwitwet.

-Alle Teilnehmenden erfüllten die Kriterien zur Demenzdiagnose. 34.2% hatten Alzheimer, 25% vaskuläre Demenz und 8.5 andere Demenzformen wie Lewy body Demenz oder Mischformen, 29% hatten unspezifische Demenztypen.

-31% nahmen Acetylcholinesterasehemmer ein und nur 14% davon lebten in den Pflegeheimen.

Datenerhebung:

Zuerst wurden die Teilnehmenden der Pflegeheime und die Teilnehmenden der ambulanten Settings in Bezug auf Alter, Geschlecht und Antidementiva verglichen.

Anschliessend wurden die Pre- und Posttests vor und nach der KST durchgeführt mit folgenden Assessmentinstrumenten:

- ADA-Cog zur Messung Kognition
- MMST zur Messung Kognition
- QoL-AD zur Messung der Lebensqualität (gute Validität und Reliabilität)
- DEMQOL ebenfalls zur Messung der Lebensqualität
- Messung von Verhaltensauffälligkeiten durch den Test (Häufigkeit x Schweregrad) von NPI (Cummings et al., 1994)
- Aktivitäten des täglichen Lebens mit dem «Alzheimer's Disease Co-operative Study- Activities of Daily Living Inventory» (ADCS-ADL)

	<p>Die Assessments wurden vor und nach der Intervention durchgeführt. Jede Gruppe hatte einen Hauptmoderator der Forschungsteams sowie einen Co-Moderator der jeweiligen Institution. Dadurch, dass zwei Moderatoren anwesend waren, ermöglichten eine Nachbesprechung und Reflexion nach jeder Sitzung.</p> <p>Moderatoren des Forschungsteams hatten laufend Aufsicht (Supervision) durch einen klinischen Psychologen, der Erfahrung in der KST hatte.</p> <p>Nach den Sitzungen füllten die Moderatoren ein Formular zur Einhaltung der Behandlungsform aus sowie ein Formular zur Aufzeichnung der Teilnehmenden, um die Interventionstreue zu maximieren.</p> <p>Proxy-Berichte (die Assessments zur Lebensqualität wurden auch von Mitarbeitenden und Angehörigen ausgefüllt) über die Massnahmen wurden in den Pflegeheimen von Mitarbeitenden und in den ambulanten Settings von Angehörigen durchgeführt. → für QoL und DEMQOL</p> <p>Anschliessend wurden die Ergebnisse der Assessmentinstrumente auf die Interaktionseffekte unterschiedlicher Variablen geprüft.</p> <p>Folgende Variablen wurden geprüft: Alter, Lebenssituation, Geschlecht, Ehestatus, Einnahme von Antidementiva.</p> <p>Zum Schluss wurde der vollständige Datensatz dieser Studie mit einem t-Test, mit einer ähnlichen Kontrollgruppe der Studie von Spector et al. (2003) verglichen.</p> <p>Messverfahren/ Intervention:</p> <p>Die KST wurde nach der Methode von Spector et al. (2003) durchgeführt.</p> <p>Das Programm besteht aus 14 Sitzungen à 45 Minuten über sieben Wochen. Beide Gruppen nahmen an der KST Intervention teil.</p> <p>Während den Sitzungen wurde eine Leinwand benutzt, um personelle- sowie Orientierungsinformationen aufzuzeigen.</p> <p>Die Proxy-Berichte (die Assessments zur Lebensqualität wurden auch von Mitarbeitenden und Angehörigen ausgefüllt) wurden in den Pflegeheimen von Mitarbeitenden und in den ambulanten Settings durch Angehörige ausgefüllt.</p> <p>Datenanalyse:</p> <p>Die Daten wurden zur Bewertung in ein elektronisches Datenerfassungssystem MACRO eingetragen, dies erzeugt eine vollständig überprüfbare Spur für Daten von der Eingabe bis zur Extraktion der Analyse.</p> <p>Eine SPSS-Syntax wurde für reinigende und analytische Zwecke angewendet, um die Daten der MACRO zu entnehmen.</p> <p>Die Analyse folgte einer wiederholenden Messung nach linearem Modell, wobei die verschiedenen Variablen berücksichtigt wurden. Das Modell wurde unter Verwendung der Posttest als abhängige Variablen verwendet. Die Kovariate waren die Lebenssituation, Ehestand, Geschlecht, Medikamenteneinnahme und Alter. Zur Ermittlung der Ergebnisse wurde eine vollständige Falldatenanalyse durchgeführt, gefolgt von der Analyse mit Imputationen. Fehlende Daten wurden mit Hilfe</p>
--	---

	<p>eines linearen Regressionsmodells, das die im Modell der wiederholten Messungen enthaltenen Variablen berücksichtigt imputiert und die Ergebnisse zu den entsprechenden Zeitpunkten ausgewertet.</p> <p>Es wurde festgestellt, dass die Cornell- und RAID-Ergebnismaße nicht normale Tendenzen aufweisen, und in diesen Fällen wurden Transformationen angewendet und die Ergebnisse wurden mit nicht transformierten Daten bewertet, die als geringe Abweichung zwischen den Sätzen dargestellt wurden.</p> <p>Anschliessend dieser Analysen wurde ein unabhängiger t-Test mit zwei Stichproben durchgeführt, um die Resultate dieser Studiengruppe mit einer Kontrollgruppe der Studie von Spector et al. (2003) zu vergleichen. Die Gruppen waren gut aufeinander abgestimmt und enthielten dieselben Einschluss- und Ausschlusskriterien.</p> <p>Ethik: Die Studie wurde vom lokalen NSH Ethikforschungskommission genehmigt.</p>
Ergebnisse	<p>In der Tabelle 1 wurden die Teilnehmenden der Pflegeheime und die Teilnehmenden, welche in einer Gemeinschaft lebten, verglichen.</p> <p>In der Tabelle 2 werden die Unterschiede von vor und nach der Intervention dargestellt.</p> <p>Die Tabelle 3 zeigt die Vergleiche mit der Kontrollgruppe der Studie von Spector et al. (2003).</p> <p>Für den QoL-AD werden keine signifikanten Beeinflussungen von anderen Variablen festgestellt.</p> <p>Wiederholte Messungen mit einem linearen Modell untersuchte den Einfluss anderer Variablen.</p> <p>Dabei wurde festgestellt, dass die Lebenssituation eine wichtige Variable für einige Messungen ist, die vom Personal durchgeführt wurden. Der DEMQOL zeigte, dass Teilnehmende der Pflegeheime durch die KST mehr Verbesserung in der Lebensqualität anzeigen, als die Teilnehmenden der Gemeinde.</p> <p>Das Durchschnittsalter in der Studie von Spector et al. (2003) betrug 84.7 Jahre, das Verhältnis von Frau: Mann war 3:1. Es wurden keine signifikanten Unterschiede der KST Gruppe dieser Studie und der Kontrollgruppe der Studie von Spector et al. (2003) im QoL-AD festgestellt. $p = 0.357$</p>
Diskussion	<p>Der Nutzen der KST ist gut dokumentiert (Woods et al., 2012; Orrell et al., 2012) und die Ergebnisse dieser Studie liefern zusätzliche Beweise zur Wirksamkeit der KST.</p> <p>Signifikante Verbesserungen der Lebensqualität durch die KST im DEMQOL wurden festgestellt, jedoch keine signifikanten Verbesserungen der Lebensqualität, gemessen durch den QoL-AD.</p> <p>Vorherige Studien haben die Notwendigkeit von Massnahmen zur Verbesserung der Lebensqualität bei Demenzerkrankten erkannt und sahen dadurch, dass Veränderungen in der Reaktion auf Interventionen als auch auf das Fortschreiten der Krankheit möglich sind (Hoe et al., 2009).</p> <p>Die Analyse dieser Studie lässt vermuten, dass sich die zwei verschiedenen Assessments zur Messung der Lebensqualität auf verschiedene Aspekte der Lebensqualität beziehen, dies müsste in künftigen Studien untersucht werden.</p>

	<p>Limitationen:</p> <p>Die Studie stellte fest, dass einige Aspekte wie z.B. das Alter, das Geschlecht usw. beispielsweise die Kognition beeinflussen.</p> <p>In Bezug auf die Unterschiede, die die Studie feststellte zwischen den Teilnehmenden welche in Pflegeheimen leben und denen, die in einer der Gemeinschaften leben, muss erwähnt werden, dass die Messungen dieser Ergebnisse von verschiedenen Personen durchgeführt wurden (z.B. durch Familienmitglieder oder Mitarbeitende des Pflegeheims).</p> <p>Die Verbesserungen der Verhaltensweisen der Teilnehmenden der Gemeinschaften könnte damit verbunden sein, dass Einschätzungen durch die Familienangehörigen durch den Grad ihrer Belastung beeinflusst werden. Wobei die Verbesserung der Lebensqualität (durch den DEMQOL) der Teilnehmenden, welche in Pflegeheimen wohnen, damit verbunden sein könnte, dass das Personal vermehrt Hoffnung auf eine verbesserte Lebensqualität setzt.</p> <p>Weitere Studien sind dazu erforderlich.</p> <p>Diese Studie ist ein Teil einer grösseren und baut auf der Studie von Aguirre et al. (2010) auf, wobei die Standard KST mit der weiterführender KST verglichen wurde. Einige Ausschlusskriterien wurden für die Stichprobenziehung der randomisierten kontrollierten Studie angewendet. Diese Ausschlüsse wurden aufgrund pragmatischer Gründe vorgenommen, um sicherzustellen, dass effektive Gruppen geführt werden können. Dies limitiert jedoch die Generalisierung der Ergebnisse.</p> <p>Es könnte nützlich sein zu wissen, ob Menschen mit einem bestimmten Demenztyp mehr oder weniger profitieren können, als andere Demenztypen. Die Stichprobe dieser Studie erlaubt diese Untersuchungen jedoch nicht, da fast ein Drittel der Teilnehmenden eine nicht näher spezifizierte Demenzform hatte.</p> <p>Schlussfolgerung:</p> <p>Die Ergebnisse liefern weitere Beweise dafür, dass die KST Nutzen in Kognition und Lebensqualität für Menschen mit Demenz bringt. Potenziell vorteilhafter für Frauen und Menschen über 80 Jahren.</p> <p>Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die KST mit dem Ansatz der personenzentrierten Pflege (Kitwood und Bredin, 1991) und der starken Wertebasis der Achtung der Individualität und der Persönlichkeit das Potenzial zur Verbesserung der Kognition und Wohlbefinden zusätzlich zu einem möglichen Nutzen von Antidementiva.</p> <p>Künftige Forschungen sollten den Nutzen der KST für Familienangehörige, andere Kulturen und ethnische Minderheitsgruppen untersuchen.</p>
--	--

Würdigung der Studie: Cognitive stimulation therapy (CST) for people with dementia- who benefits most?

Einleitung	<p>Problembeschreibung: Ein Teil dieser Studie kann zur Beantwortung der Fragestellung verwendet werden.</p> <p>Forschungsfrage/ Ziel: Das Ziel der Studie wird beschrieben, jedoch keine klare Fragestellung formuliert. Es wurden keine Hypothesen formuliert.</p> <p>Forschungsbedarf: Der Forschungsbedarf wird aufbauend und im Kontext von vorhandener Literatur logisch dargestellt.</p>
Methode	<p>Design: Das gewählte Design ist passend zur Forschungsfrage gewählt. Keine Gefahren zur internen oder externen Validität werden erläutert.</p> <p>Stichprobe: Die Stichprobengröße von 236 Teilnehmenden ist für eine quantitative Studie gut geeignet. Die Stichprobe ist repräsentativ für die Zielpopulation. Ergebnisse können auf Personen mit einer leichten bis mittelgradigen Demenz übertragen werden. Die Methode zur Randomisierung für die Einteilung der Gruppen innerhalb der Institutionen wurden nicht beschrieben. Für den t-test wurde eine Kontrollgruppe einer vorherigen Studie verwendet, welche ähnlich ist und die gleichen Einschlusskriterien aufweist. Die Kontrollgruppe beinhaltete jedoch viel weniger Teilnehmende wie die Interventionsgruppe. Die Dropouts wurden erwähnt und Gründe dazu erläutert, sie beeinflussen die Ergebnisse nicht.</p> <p>Datenerhebung: Die Hauptmoderatoren wurden in beiden Gruppen durch die Forschenden eingesetzt. Die Teilnehmenden hatten somit keine Beziehung zu ihnen und kannten sie nicht. Die Co-Moderatoren waren von den jeweiligen Institutionen, wobei eine Veränderung der Ergebnisse durch Beziehungseinflüsse hätte entstehen können. Die Methoden zur Datenerhebung sind bei allen Teilnehmenden gleich.</p> <p>Messverfahren/ Intervention: Die Messinstrumente sind reliabel und valide. Die Auswahl der Messinstrumente wird nicht begründet. Mögliche Verzerrungen und Einflüsse auf die Intervention wurden in der Diskussion erwähnt.</p> <p>Datenanalyse: Die Verfahren der Datenanalyse werden beschrieben. Die Verfahren sind jedoch unklar. Die statistischen Tests entsprechen den Datenniveaus.</p>

	<p>Die einfach lineare Regression wurde zur Bewertung der Beeinflussung verwendet. Das Signifikanzniveau wurde nicht beschrieben, aus den Ergebnissen ist anzunehmen, dass das Signifikanzniveau bei $p < 0.05$ angesetzt wurde. Das elektronische Datenerfassungssystem wurde zusätzlich erwähnt.</p> <p>Ethik: Es wurden keinerlei ethische Fragen diskutiert. Die Hauptmoderatoren standen in keiner Beziehung zu den Teilnehmenden, da sie vom Forschungsteam waren, die Ko-Moderatoren waren aus den jeweiligen Institutionen, wobei sie die Teilnehmenden kannten.</p>
Ergebnisse	<p>Die Resultate werden nicht präzise und übersichtlich dargestellt, es werden nicht alle Resultate erwähnt. Tabellen wurden als Ergänzung zum Text dargestellt, jedoch wurden nicht alle Testungen und Resultate in den Tabellen präsentiert, was die Verständlichkeit erschwerte.</p>
Diskussion	<p>Es werden nicht alle Resultate diskutiert. (z.B. ADCS-DL) nicht. Die Interpretationen stimmen mit den Resultaten überein. Es gab keine Hypothese. Resultate werden auf die Fragestellung mit weiteren Studien verglichen und diskutiert. Es wird nach alternativen Erklärungen gesucht und diese wurden beschrieben.</p> <p>Die Studie wäre sicherlich auf andere Settings übertragbar. Vielleicht könnten auch nur Teile der Studie so wiederholt werden, beispielsweise beim Vergleich von Pflegeheimen mit den Gemeinschaften. Die Institutionen müssten jeweils genügend Personal anwesend haben. Stärken und Schwächen der Studie werden erwähnt.</p>

Gütebeurteilung nach Bartholomeyczik et al. (2008):

Objektivität	Reliabilität	Validität
<p>-Moderatoren der KST hatten während Therapie Supervision</p> <p>-Forschende sind an KST Handbuch beteiligt, es besteht ein Interessenskonflikt</p>	<p>-Die Assessmentinstrumente sind reliabel und valide</p> <p>-es wurden immer dieselben Messinstrumente angewendet</p>	<p>-das Studiendesign wurde passend gewählt</p> <p>-die Teilnehmenden wurden randomisiert</p> <p>-Studien wurden in vielen unterschiedlichen Settings durchgeführt</p>

	-KST-Moderatoren waren einer Supervision unterzogen -methodisches Vorgehen unpräzise erläutert	
--	---	--

Evidenzlage:

Die Studie befindet sich auf dem Evidenzlevel 6. (unterstes Level)

Anhang B2: Capotosto et al. (2017)

Zusammenfassung der Studie: Cognitive stimulation therapy in the Italian context: its efficacy in cognitive and non-cognitive measures in older adults with dementia

Einleitung	<p>Problembeschreibung: Demenz einschliesslich der Alzheimer-Krankheit ist eine grosse globale Herausforderung für die öffentliche Gesundheit unserer Generation. Unter den psychologischen Interventionen zur Demenzzpflege sind psychosoziale Behandlungen, die auf kognitive Stimulation ausgerichtet sind, von erwiesener Wirksamkeit (Cooper et al., 2012). Mehrere Studien belegen, dass KST in Bezug auf die Kognition sowie Lebensqualität gleich wirksam ist als Cholinesterasehemmer (Woods et al., 2012, Aguirre et al., 2013a, Yamanaka et al., 2013)</p> <p>Ziel/ Forschungsfrage: Das Ziel der Studie war es, die Wirksamkeit der für den italienischen Kontext angepassten KST (KST-IT) auf die Lebensqualität und die Kognition von Menschen mit einer leichten bis mittelgradigen Demenz zu bestimmen.</p> <p>Unterziele:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Ergebnisse früherer Untersuchungen replizieren, indem sie die Messverfahren für die Kognition und Lebensqualität verwendeten wie das MMST, Alzheimer's Disease Assessment scale-cognitive subscale und die QoL-AD.2. Sie untersuchten die potenziellen positiven Auswirkungen von KST-IT auf die Stimmung der Teilnehmenden mit dem Cornell scale for depression in dementia und dem emotional loneliness skala.3. Die Forschenden wollten mit dieser Studie den potenziellen Nutzen der italienischen Version der KST für das Kurzzeitgedächtnis (Digit-Span-Test) und die Sprachmasse bewerten. <p>Hypothese: Die Forschenden vermuten, aufgrund vorheriger Studien, positive Auswirkungen der KST-IT in Kognition und Lebensqualität zu sehen. Da die KST Gruppeninterne soziale Beziehungen stimuliert und so beitragen sollte, dass das Gefühl der Einsamkeit verringert wird wurde ein Rückgang der sozialen und emotionalem Einsamkeit erwartet (e.g., Spector et al., 2010; Hall et al., 2013).</p>
Methode	<p>Design: Es handelt sich um eine einfach verblindete, multizentrische, randomisiert kontrollierte Studie zur Beurteilung der Wirksamkeit der KST-IT. Es ist ein quantitatives Forschungsdesign und es wird keine Begründung zu Wahl des Designs angegeben.</p> <p>Stichprobe: Die Stichprobe ist aus zwei verschiedenen italienischen Altersheimen gewählt. Anfangs wurden 44 Teilnehmende gezogen. 5 Dropouts wurden beschrieben. Schlussendlich haben 39 Teilnehmende an der Studie teilgenommen.</p>

Einschlusskriterien:

- Die Teilnehmenden mussten an einer leichten bis mittelgradigen Alzheimererkrankung oder einer vaskulären gemischten Demenz erkrankt sein (mind. 14 beim MMST).
- Mussten verstehen und kommunizieren können
- keine Lernbehinderung und/oder aktuelle körperliche Krankheit/Behinderung haben
- keine schweren Verhaltens- oder psychologischen Symptome der Demenz
- keine Diagnose einer psychiatrischen Störung

Die Teilnehmenden wurden nach dem Zufallsprinzip in eine Interventions- oder Kontrollgruppe zugeteilt. Die Interventions- und Kontrollgruppe unterscheiden sich nicht in Alter, Bildungsjahre, Geschlecht oder Clinical Dementia Rating Scale. Für die Intervention gab es je drei Gruppen diese aus sieben bis acht Personen bestand.

Datenerhebung:

Zur Datenerhebung wurden folgende Messinstrumente verwendet:

- MMST
- QoL-AD
- Alzheimer's Disease Assessment Scale-Cognitive subscale
- Short-term memory
- Social and emotional loneliness scale
- Cornell scale for depression in dementia
- NeuroPsychiatric Inventory
- Disability Assessment for dementia

Die Assessments wurden nach den ersten zwei Sitzungen sowie nach den letzten zwei Sitzungen durchgeführt und jedes Assessment wurde einmalig vor der KST und einmalig nach der KST durchgeführt.

Messverfahren/ Intervention:

Die KST besteht aus 14 strukturierten Gruppensitzungen die über sieben Wochen à 45 min zweimal pro Woche stattfinden. Zwei ausgebildete Moderatoren führten die KST durch. Während den anderen 14 Sitzungen nahm die Interventionsgruppe am KST Programm teil und die Kontrollgruppe an alternativen Bildungsaktivitäten. Jede Sitzung bestand aus einer Einführung mit Begrüssung, Diskussion über die Auswahl des Gruppenamens und des Themenliedes, Besprechung von Tag, Monat, Jahr, Wetter, Zeit, Name und Adresse des Zentrums mit Verwendung eines Whiteboards.

Die Teilnehmenden wurden in Stufe A (komplexer) und B (einfacher) unterteilt. Der Schluss der KST sah folgendermassen aus: Danke an alle, singen des Titelliedes, erinnern an die Zeit und Inhalt der nächsten Sitzung und verabschieden. Alles wurde auf den italienischen Kontext angepasst.

Die Kontrollgruppe: War in Bildungsaktivitäten involviert. Eine Sitzung war ausgewählter Fachliteratur gewidmet, der Rest für kreative Aktivitäten wie malen, dekorieren oder kochen.

	<p>Datenanalyse: Es wurden T-Test angewendet um die Interventions- mit der Kontrollgruppe zu vergleichen. Anschliessend wurden Anovas durchgeführt um die beiden Integrationen der Gruppen (Pre- und Post Test x Interventions- und Kontrollgruppe) zu bestimmen. Die Variablen sind metrisch und die Daten wurden von den Forschern selbst analysiert. Keine wurden keine externen Leute dazu gezogen Signifikanzniveau wurde nicht genannt. Die Autorinnen gehen davon aus, dass es $p = <0.05$ ist</p> <p>Genehmigung Ethikkommission: Die Studie wurde von der Ethikkommission genehmigt</p>
Ergebnisse	<p>Ergebnisse: Die Ergebnisse des t-Test zeigen keine signifikanten Unterschiede, zwischen den beiden Gruppen, zu Beginn der Intervention auf.</p> <p>Präsentation der Ergebnisse: MMST: Der einzige signifikante Effekt, der festgestellt wurde, war die Interaktion zwischen Gruppe und Sitzung. Im Gegensatz zur KST-IT Gruppe erlitt die Kontrollgruppe eine signifikante Verschlechterung der Leistung zwischen Pre- und Post-Test ($p=0.04$). Bewertungsskala der Alzheimer-Krankheit Kognitive Subskala: Die KST-Gruppe schnitt besser ab als die Kontrollgruppe. Leistung der Kontrollgruppe zwischen Pre- und Post-Test verschlechterte sich ($p=0,005$)</p> <p>QoL-AD: Der geringfügige signifikante Interaktionseffekt Gruppe x Sitzung deutet daraufhin, dass die Interventionsgruppe beim Post-Test signifikant besser abschnitt als beim Pre-Test ($p=0,014$)</p> <p>Die Ergebnisse wurden für alle Assessmentinstrumente einzeln erläutert und in Tabellen sowie Grafiken ersichtlich dargestellt</p> <p>Hauptaussage: Nach der Intervention behielt nur die KST-IT Gruppe ihren MMST-Wert bei, während die Kontrollgruppe eine Verschlechterung im MMST-Wert zeigte. Die KST-Gruppe schnitt bei der QoL-AD besser ab.</p>
Diskussion	<p>Lebensqualität: In Übereinstimmung mit Yamanaka et al. (2013) wurde eine signifikante Verbesserung der wahrgenommenen Lebensqualität in der KST-IT-Gruppe festgestellt. Die vorliegenden Ergebnisse empfehlen, dass man weitere Studien zu diesem Thema durchführen sollte. Zu Ende dieser Studie zeigt die KST-IT Gruppe eine ersichtliche Reduktion von Depression und emotionaler Einsamkeit. dies deutet darauf hin, dass die KST-IT dank der sozialen Interaktion in der Gruppe und der Unterstützung die Stimmung der Teilnehmenden aufrechterhält oder verbessert, was auf eine verbesserte Lebensqualität zurückzuführen ist</p>

	<p>Erklärung anderer Ergebnisse: In Übereinstimmung mit der Literatur verbesserte die KST-IT-Interventionsgruppe ihre allgemeine kognitive Funktion im Laufe der Intervention, während die aktive Kontrollgruppe keine Verbesserung zeigte. Zusammengefasst deuten die Ergebnisse darauf hin, dass die italienische Version der KST (KST-IT), dank der sozialen Interaktion und der Ermutigung, die Stimmung der Teilnehmenden aufrechterhält und verbessert. Somit kann sich die Lebensqualität der Teilnehmenden verbessern.</p> <p>Wie erwartet und in Übereinstimmung mit früheren Studien (Spector et al., 2006; Aguirre et al., 2013a, 2013b) und dem Cochrane-Reviews zu kognitiver Stimulation und Demenz (Woods et al., 2012), beobachteten die Forschenden keine Veränderungen der Leistungsfähigkeit bei den ATL's.</p> <p>Auch unter Berücksichtigung früherer Studien (Woods et al., 2012) folgern die Forschenden, dass die KST als psychosoziale Intervention eine Verbesserung oder zumindest den Erhalt kognitiver und sozialer Fähigkeiten fördert, nicht aber die ATL's der Teilnehmenden.</p> <p>Limitationen: Die Ergebnisse sind interessant, aber die Signifikanz bei der kleinen Stichprobengrösse und einem fehlenden Follow-up limitiert.</p> <p>Forschungsfrage: Die Studie verfolgt das Forschungsziel und die Hypothese wird bestätigt.</p>
--	--

Würdigung der Studie: Cognitive stimulation therapy in the Italian context: its efficacy in cognitive and non-cognitive measures in older adults with dementia

Einleitung	<p>Die Studie kann zur Beantwortung unserer Fragestellung eine Hilfe sein, da die Wirkung auf die Lebensqualität untersucht wird. Es wurde keine explizite Forschungsfrage definiert und aufgrund einer Zieldefinition, kann die Forschungsfrage vermutet werden.</p> <p>Die Forschenden formulieren ein Ziel, welches mit einer Hypothese ergänzt wird. Das Thema wird mit vorhandener Literatur begründet und beschrieben. Die Forschenden erwähnen in der Studie, dass die Demenzkrankheit ein globales Problem wäre und nehmen guten Bezug auf weitere Studien. Sie erwähnen spezifisch, dass es sich um eine italienische KST (KST-IT) handelt. Der Grundbaustein des Programmes ist dasselbe, aber es wird mit italienischen Interventionen durchgeführt (Essen, Musik, Leute).</p>
Methode	<p>Design: Es ist ein quantitatives Forschungsdesign verwendet. Es wurde eine einfach verblindete, multizentrische, randomisiert kontrolliertes Studiendesign verwendet. Darauf zu schliessen ist, dass die Forschenden wussten welche Intervention und welche Teilnehmenden in welcher Gruppe waren. Dabei wurde mit Pre- und Posttest und mit Kontroll- und Interventionsgruppen gearbeitet. Die interne Validität ist gegeben, da die Teilnehmenden nicht wussten, welcher Gruppe sie angehören. Die externe Validität ist gegeben für die italienische Populationen.</p> <p>Stichprobe: Die Stichprobenziehung wurde nicht erwähnt. Zufällige Einteilung in Kontroll- und Interventionsgruppe. Die Stichprobengrösse ist für eine quantitatives Studiendesign eher klein. Die Stichprobengrösse wurde nicht begründet. Die Ergebnisse können auf die italienische Population übertragen werden. Sie haben die Ein- und Ausschlusskriterien erwähnt und die Dropouts erläutert. Gründe der Dropouts wurden angegeben. Dropouts beeinflussen die Ergebnisse nicht, da es nur vor der Randomisierung Dropouts gab. Die Gruppeneinteilung wurde randomisiert durchgeführt. Die Gruppen sind ähnlich und besitzen die gleiche Anzahl Leute. Es sind ausschliesslich Leute mit einer leichten bis mittelgradigen Demenz eingeschlossen worden, die in diesen zwei Langzeitinstitutionen leben.</p> <p>Datenerhebung: Die Datenerhebung ist für die Fragestellung nachvollziehbar. Es wurden bei allen Teilnehmenden dieselben Assessmentinstrumente angewendet und ausgewertet. Wer die Assessments mit den Teilnehmenden durchführte wird nicht beschrieben.</p>

	<p>Es wurde nicht genau beschrieben wer die Daten erhoben und ausgewertet hat.</p> <p>Messverfahren/Intervention: Die Auswahl der Messinstrumente wurde nachvollziehbar beschrieben, jedoch nicht begründet. Es handelt sich um Internationale Messverfahren. Sie sind valide und reliabel. Einflüsse und Verzerrungen auf die Intervention wurden aufgrund unterschiedlicher Settings berücksichtigt.</p> <p>Datenanalyse: Die Verfahren der Datenanalyse werden beschrieben. Die Variablen sind metrisch. ANOVAS sind für das statistische Verfahren sinnvoll gewählt. Die Höhe des Signifikanzniveaus wurde nicht begründet und auch nicht beschrieben. Autorinnen gehen von einem $p < 0.05$ aus. Die statistischen Angaben erlauben eine Beurteilung.</p> <p>Ethik: Es wird erläutert, dass die Ethikkommission die Studie genehmigt hat. Die Beziehung zwischen den Forschenden und Teilnehmenden wurde nicht beschrieben. Es ist davon auszugehen, dass sich Forschenden und Teilnehmenden nicht kannten. Keine weiteren ethischen Themen werden diskutiert.</p>
Ergebnisse	<p>Präzise der Ergebnisse: Die Ergebnisse wurden präzise erläutert und beschrieben. Es wurde Bezug auf alle untersuchten Bereiche/ Assessmentsinstrumente genommen und erläutert. Die Stichprobengrösse ist in den Tabellen nicht klar ersichtlich.</p> <p>Tabellen/Grafiken: Die Tabellen und Grafiken sind gut sichtbar im Text erwähnt. Sie sind nachvollziehbar dargestellt und erläutert. Die Stichprobengrösse bei den Tabellen nicht klar ersichtlich.</p>
Diskussion	<p>Diskussion und Interpretation der Ergebnisse: Es wird auf alle Resultate Bezug genommen und diskutiert. Die Interpretation der Forschenden stimmen mit den Resultaten überein. Die Forschenden begründen die Interpretationen und vergleichen sie mit weiteren Studien. Teilweise wird nach alternativen Erklärungen gesucht.</p> <p>Schlussfolgerung, Anwendung und Verwertung in der Pflegepraxis: Die Studie ist sinnvoll, um die KST auf den italienischen Kontext zu übertragen.</p>

	<p>Die Ergebnisse sind in der Praxis einsetzbar, jedoch benötigt man die Ressourcen, um diese Intervention durchführen zu können.</p> <p>Man kann die Studie in verschiedenen Settings anwenden, jedoch nur in Settings einer italienischen Population.</p>
--	---

Gütebeurteilung nach Bartholomeyczik et al. (2008):

Objektivität	Reliabilität	Validität
<ul style="list-style-type: none"> - Studie wurde nicht gesponsert - Forschende haben keine Einflüsse auf die Ergebnisse 	<ul style="list-style-type: none"> - Messinstrumente werden klar definiert - Messinstrumente sind reliabel und valide - methodisches Vorgehen wird klar erläutert - KST wurde von ausgebildeten Moderatoren geleitet - wie und wer die Assessments erhob, ist unklar 	<ul style="list-style-type: none"> - Das Studiendesign ist passend zur Forschungsfrage gewählt - Randomisierung und Verblindung wurde durchgeführt - kleine Anzahl sowie ähnliche Setting wurden miteinbezogen - Studie bezieht sich auf italienische Population - kleine Stichprobengrösse <p>Teilnehmende konnten erraten, welcher Gruppe sie angehören</p>

Evidenzlage:

Die Studie befindet sich auf dem Evidenzlevel 6. (unterstes Level)

Anhang B3: Coen et al. (2011)

Zusammenfassung der Studie: Efficacy of a cognitive stimulation therapy programme for people with dementia

Einleitung	<p>Problembeschreibung: Vorherige Studien und Reviews zeigten, dass die KST Verbesserungen in der Kognition sowie in der Lebensqualität von Demenzerkrankten zeigen. Zusätzlich wird dadurch der Effekt der Cholinesterasehemmer verbessert. Die KST ist eine nicht-medikamentöse Intervention, welche für Menschen mit Demenz entwickelt wurde. Sie konzentriert sich auf die Verbesserung und Stärkung kognitiver Ressourcen und die Aufrechterhaltung von sozialen und interaktiven Fähigkeiten.</p> <p>Forschungsbedarf: Kürzlich durchgeführte Studien zeigen, dass KST das Potential zur Verbesserung von Kognition und Lebensqualität für Menschen mit Demenz aufzeigen und die Wirkung von Cholinesterasehemmern verstärken. Die Forschenden wiederholten die Studie von Spector et al. (2003) mit einer kleineren Stichprobenzahl in drei unterschiedlichen Settings.</p> <p>Forschungsfrage/ Ziel: Das Ziel der Studie ist festzustellen, ob die KST vorteilhaft für die Kognition und die Lebensqualität der Demenzerkrankten ist.</p>
Methode	<p>Design: - Es handelt sich um eine quantitative Studie -Pre- und Postintervention -Eine nicht parametrische Analyse</p> <p>Stichprobe: 27 Teilnehmende wurden aus zwei Langzeitinstitutionen und einem privaten Pflegeheim in der Nähe des Beaumont Spitals in Irland rekrutiert. Jede Kleingruppe enthielt 5 Teilnehmende. Alle eingewilligten Teilnehmende wurden nach dem Zufallsprinzip in die KST-Gruppe oder die Kontrollgruppe eingeteilt. Die Einschlusskriterien wurden von der Studie von Spector et al. (2003) übernommen.</p> <ul style="list-style-type: none">- Eine formale Demenzform- Leichte bis mittelschwere Demenz (eingestuft durch den Mini Mental Status (MMST) (zwischen 10-23)- Fähigkeit zu kommunizieren und verstehen- Die Fähigkeit ein sinnvolles Gespräch zu führen- Gutes Seh- und Hörvermögen- Keine schwere physische Erkrankung oder Behinderung welche die Teilnahme einschränken könnte

	<ul style="list-style-type: none"> - Keine Diagnose für Lernbehinderung <p>Datenerhebung: Die Sitzungen wurden in den Langzeitinstitutionen durch die Ergotherapie und im privaten Pflegeheim durch die Aktivitätskoordination durchgeführt.</p> <p>Die Assessments wurden durch Ergotherapeuten, Psychologen oder ein Psychologie-Absolvent durchgeführt, welche ansonsten nicht in das Programm involviert waren und die Teilnehmenden nicht kannten. (blind)</p> <p>Die Assessments wurden vor und nach der KST erhoben.</p> <p>Als Ausnahme dieser Studie wurde zur Bewertung einer Depression die geriatrische Depressionsskala benutzt. Die anderen Messverfahren stimmten mit den Messverfahren der Studie von Spector et al. (2003) überein.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Das primäre Ergebnis war der MMST. <p>Weitere Ergebnisse wurden durch folgende Tests erhoben:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alzheimer's Disease Assessment Scale– Cognition (ADAS-Cog), - Quality of Life – Alzheimer's disease scale (QoL-AD), - Clifton Assessment Procedures for the Elderly - Behavioural Rating Scale, (CAPE-BRS), - Clinical Dementia Rating scale (CDR), - Rating Anxiety in Dementia (RAID) <p>Die Ergotherapeuten, Psychologen oder Psychologie Absolventen, welche die Assessments auswerteten, waren gegenüber den Teilnehmenden verblindet.</p> <p>Das KST Handbuch erlaubt am Ende jeder Sitzung kleine qualitative Einschätzungen, welche der Moderator für jeden Teilnehmer mit einer Fünf-Punkte-Skala das Interesse, die Kommunikation, der Genuss sowie die Stimmung der einzelnen Teilnehmenden evaluiert. Für die Bewertungen fand keine Verblindung statt, sie liefern aber einige zusätzliche qualitative Informationen.</p> <p>Diese Ergebnisse lagen jedoch nur für das St James' Spital vor.</p> <p>Messverfahren/Intervention: Die KST bestand insgesamt aus 14 Sitzungen, sie wurde zweimal wöchentlich während sieben Wochen durchgeführt. Eine Therapie dauerte 45 Minuten.</p> <p>Die Kontrollgruppe behielt die Routineaktivitäten bei. (zwei bis drei Gruppen pro Woche) Bei der Interventionsgruppe wurden diese Gruppenstunden reduziert und durch das KST Programm ersetzt.</p>
--	---

	<p>Die Routineaktivitäten werden normalerweise von Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Logopädie oder ausgebildeten Aktivitätsleitern geleitet. Beide Gruppen erhielten zusätzlich individuelle Therapieprogramme durch die Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie und Ernährungsberatung.</p> <p>Die kognitiven Funktionen werden angesprochen durch praktische Alltagssituationen und Aufgaben. (z.B. Gesichter erkennen, Wortspiele, Gesichtsausdruck lesen, Ausdrücke und die Erörterung relevanter Themen wie Lebensmittel und Geld) Zu den Themen gehören körperliche Spiele, Klang, Kindheit, Essen, Zeitgeschehen, Gesichter, Wortassoziation, kreativ sein, Kategorisierung von Objekten, Orientierung, Verwendung von Geld, Wortspiele, Teamquiz.</p> <p>Datenanalyse: Der Mann-Whitney-U Test wurde verwendet um Unterschiede der KST Gruppe sowie der Kontrollgruppe festzustellen. Der Test wurde mit der keinen Stichprobengrösse begründet. (Mann-Whitney-U test wird verwendet als Alternative zum t-Test, wenn keine Normalverteilung vorliegt zum Vergleich von zwei unabhängigen Stichproben) Die Variablen sind metrisch. Der Pretest der beiden Gruppen wurde verglichen. Veränderungen vom Pre- zum Posttest wurden für jede Variabel (Assessmentinstrument) berechnet, Unterschiede zwischen den beiden Gruppen wurden verglichen.</p> <p>Ethik: Die ethische Zustimmung wurde von allen relevanten Behörden eingeholt. Nach Aufklärung wurde, wenn möglich, eine schriftliche Zustimmung der Teilnehmenden eingeholt, oder die mündliche Zustimmung mit schriftlicher Zustimmung eines nächsten Angehörigen oder einer leitenden Stationsschwester, welche den Demenzerkrankten und seine Umstände kannte.</p>
<p>Ergebnisse</p>	<p>14 Teilnehmende der KST Gruppe sowie 13 Teilnehmende der Kontrollgruppe schlossen die Untersuchung ab. In der KST Gruppe waren mehr Männer, in der Kontrollgruppe mehr Frauen. Beim Vergleich der Pretests der beiden Gruppen gab es keine Unterschiede, ausser dass die Kontrollgruppe im Test «Clinical Dementia Rating scale (CDR→ um Schweregrad der Demenz und deren Symptome zu modifizieren) etwas stärker beeinträchtigt war.</p> <p>Die Verbesserung der Lebensqualität in der Interventionsgruppe fiel mit $p=0.055$ knapp unter das Signifikanzniveau.</p> <p>Es stellte sich heraus, dass die KST Gruppe eine signifikante Verbesserung des MMST zeigt, was eine signifikante Verbesserung der Kognition zeigt. Bemerkenswert ist, dass bei der KST Gruppe sich der Wert des MMST bei neun Teilnehmenden erhöhte und bei zweien senkte. In der Kontrollgruppe erhöhte sich der Wert des MMST bei zwei Teilnehmenden und senkte sich bei neun Teilnehmenden. Vier Teilnehmende der Kontrollgruppe und zwei der KST Gruppe nahmen Cholinesterasehemmer ein.</p>

	<p>Die Ergebnisse werden in einer Tabelle verständlich dargestellt.</p> <p>Das KST Handbuch erlaubt qualitative Bewertungen, welche der Gruppenleiter am Ende jeder Sitzung ausgefüllt hatte. Dabei wurde von einer Fünf-Punkte-Skala das Interesse, die Kommunikation, der Genuss sowie die Stimmung der einzelnen Teilnehmenden evaluiert. Die Bewertungen sind nicht verblindet, liefern aber einige zusätzliche qualitative Informationen. Ergebnisse lagen jedoch nur für das St James' Spital vor. Der Gruppenleiter notierte, dass die KST Teilnehmenden gute Interaktionen und Enthusiasmus in der Gruppenumgebung zeigten, mit Kontinuität und Übertragung zwischen den Sitzungen. Die Durchschnittswerte der Teilnehmenden in Kommunikation, Freude und Stimmung verbesserten sich zwischen der ersten und letzten Sitzung in allen bewerteten Bereichen</p>
<p>Diskussion</p>	<p>Obwohl die Stichprobenzahl sehr klein war, sind die Ergebnisse einheitlich mit den Ergebnissen der Studie von Spector et al. (2003). Signifikante Vorteile wurden durch den MMST gezeigt. Knapp unter dem Signifikanzniveau ist die Verbesserung der Lebensqualität. Die qualitative Bewertung der Gruppenleiter zeigten Verbesserungen der Teilnehmenden in Interesse während des Programms, der Kommunikation, Stimmung und Freude.</p> <p>Nicht nur die KST hat zusätzlichen Nutzen, sondern auch die Routineaktivitäten, weil auch die Kontrollgruppe Verbesserungen zeigten, welche weiterhin die Routinetätigkeiten absolvierten, was darauf hindeutet, dass es mehr als nur die Aktivitätsaspekte der KST sind, die dem zusätzlichen Nutzen zugrunde liegen. Damit ist gemeint, dass die Personen auch durch die «Testsituation» beeinflusst werden konnten. Die Gruppenleiter waren der Meinung, dass regelmässige, strukturierte Teilnahmen in einer relativ geschlossenen Gruppe mit einer Kontinuität von Sitzung zu Sitzung ein wichtiges Element sein könne.</p> <p>Limitationen: Die offensichtliche Einschränkung dieser Studie ist die relativ kleine Stichprobengrösse, bei denen die Ergebnisse nicht überbewertet werden sollten, sie müssen mit Vorsicht interpretiert werden. Trotzdem können die Ergebnisse als ermutigende Bestätigung angesehen werden, dass die KST Verbesserungen hervorbringen kann, auch in kleinen Gruppen. Eine weitere Limitation ist die Tatsache, dass die Änderungen des MMST zwar offensichtlich sind, jedoch bei der ADAScog keine Veränderungen gesehen werden, welcher Auskunft über detaillierte kognitive Bewertung geben würde. Die Gruppenleitenden waren der Meinung, dass regelmässige, strukturierte Teilnahmen in einer relativ geschlossenen Gruppe mit einer Kontinuität von Sitzung zu Sitzung ein wichtiges Element sein könne.</p> <p>Die KST erfüllt potenziell ein Bedürfnis nach der Bereitstellung eines Programms zur kognitiven Stimulation. In der Zeit mit Verschärfungen des Budgets, bietet die KST ein kosteneffizientes Mittel zur Verbesserung der Lebensqualität von Demenzerkrankten. Das Programm kann in einer Vielzahl von Umgebungen durchgeführt werden und ein Handbuch ist verfügbar. Wie Orell et al. (2005) in einer Studie zeigen, kann das Programm auch über längere Zeit fortgesetzt werden und dabei Vorteile aufrechterhalten werden können.</p>

	Die Ergebnisse dieser Studie ergänzen die Beweise, dass die KST eine nützliche Intervention für Menschen mit einer leichten bis mittelgradigen Demenz ist.
--	--

Würdigung der Studie: Efficacy of a cognitive stimulation therapy programme for people with dementia

Einleitung	<p>Problembeschreibung: Die Studie ist zur Beantwortung der Fragestellung geeignet, da sie die Auswirkungen der KST auf die Lebensqualität untersucht. Das Ziel der Studie wurde beschrieben, jedoch keine spezifische Fragestellung oder Hypothese formuliert, diese kann jedoch aus dem Kontext vermutet werden.</p> <p>Forschungsbedarf: Die Studie baut auf vorherigen Studien auf und bezieht die Erkenntnisse vorherigen Studien mit ein. Die Forscher beziehen sich immer wieder auf Erkenntnisse von vorherigen Studien. Hintergründe und Kontext wurden durch Literatur und vorherigen Studien aufgezeigt und begründet. Epidemiologische Zahlen fehlen.</p>
Methode	<p>Design: Die Verbindung zwischen Forschungsfrage und Design ist nachvollziehbar- Es handelt sich um ein quantitatives Forschungsdesign, wobei die Stichprobenzahl sehr gering ist.</p> <p>Einzelne qualitative Bewertungen zur Ergänzung wurden durchgeführt. Die Bewertungen wurde jedoch nur in einer der drei Institutionen durchgeführt, zudem wurden die Interviews in der Methodik nicht erwähnt oder erklärt, keine Erklärungen der Fragen liegen vor, sie wurden lediglich im Ergebnisteil erwähnt. Die externe Validität ist durch die kleine Stichprobenzahl belastet. Die interne Validität wurde nicht kontrolliert.</p> <p>Stichprobe: Die Stichprobenzahl ist mit 27 Teilnehmenden sehr gering. Stichprobenziehung wurde nicht erläutert. Die Stichprobengrösse wird nicht begründet. Die Stichprobe ist repräsentativ für die Zielpopulation, Einschlusskriterien wurden angegeben. Die KST Gruppe sowie die Kontrollgruppe unterscheiden sich kaum. Einzig beim Vergleich der Pretests der beiden Gruppen gab die Kontrollgruppe im Test «Clinical Dementia Rating scale (CDR) an, etwas stärker beeinträchtigt zu sein. Die Ergebnisse könnten auf Personen mit einer leichten bis mittelschweren Demenz übertragen werden. Dropouts werden keine erwähnt, sie würden jedoch die Ergebnisse beeinflussen, da $n < 30$ Vergleichsgruppen weisen Unterschiede auf.</p> <p>Datenerhebung: Zur Datenerhebung wurden einige valide Tests durchgeführt. Sie sind zur Zielverfolgung der Studie geeignet.</p>

	<p>Die Methoden zur quantitativen Datenerhebung waren bei allen Teilnehmenden gleich. Die Daten wurden von allen Teilnehmenden erhoben.</p> <p>Die qualitativen Beurteilungen wurden nur von einzelnen Teilnehmenden aus einer Institution durchgeführt, die Datenerhebung dieser Beurteilungen ist zudem nicht ersichtlich.</p> <p>Die Studie gibt keine Auskunft über Verblindung.</p> <p>Messverfahren/ Intervention:</p> <p>Die Messverfahren sowie die Intervention sind reliabel und valide.</p> <p>Die Auswahl der Messinstrumente wurde damit begründet, dass dieselben Assessmentinstrumente wie in der vorherigen Studie von Spector et al. (2003) verwendet wurden. Die Assessmentinstrumente wurden nicht erklärt.</p> <p>Mögliche Einflüsse oder Verzerrungen auf die Intervention wurden erwähnt.</p> <p>Einige Teilnehmenden erhielten KST und zusätzlich noch Routineaktivitäten.</p> <p>Wurde von Personen der Ergotherapie oder Aktivitätskoordination durchgeführt, evtl. nicht gleiche Durchführung.</p> <p>Datenanalyse:</p> <p>Der Whitney-U-Test, ein nicht parametrischer Test wurde zur Datenerhebung benutzt.</p> <p>Die Ergebnisse eines Mann-Whitney U Tests zum Vergleich von zwei unabhängigen Stichproben, welche nicht Normalverteilt sind, sind mit Vorsicht zu geniessen. Die Verfahren der Datenanalyse wurde mit der kleinen Stichprobengröße begründet.</p> <p>Anfangs wurde die KST Gruppe und die Kontrollgruppe miteinander verglichen. Für jede Variable wurden Veränderungen vom Pre- zum Posttest evaluiert und die beiden Gruppen bezüglich Unterschiede verglichen. Die Verfahren der Datenanalyse sind beschrieben.</p> <p>Das Signifikanzniveau wurde nicht beschrieben oder begründet, es ist jedoch aus dem Kontext anzunehmen, dass es bei $p < 0.05$ liegt.</p> <p>Ethik:</p> <p>Es werden keine ethischen Fragestellungen diskutiert.</p> <p>Mögliche Verzerrung der Ergebnisse könnten entstanden sein, da sich die Fachpersonen und Teilnehmenden kannten.</p> <p>Wird in Studie nicht erwähnt.</p> <p>Die Studie beschreibt, dass die ethische Zustimmung von allen relevanten Behörden eingeholt wurde. Welches diese Behörden sind wird nicht beschrieben.</p>
--	--

Ergebnisse	<p>Die Ergebnisse sind unpräzise. Nicht alle Ergebnisse der Assessments werden im Text erwähnt oder diskutiert. Die Tabellen sind zusätzlich zum Text.</p> <p>Die Beurteilung, welche mit einzelnen Teilnehmenden durchgeführt wurden, ist nicht reliabel, da die Fragen des Beurteilungsbogens nicht erläutert wurden. Zudem wurden die Daten nur von einzelnen Teilnehmenden erhoben.</p>
Diskussion	<p>Nicht alle Ergebnisse werden diskutiert. Die Interpretationen stimmen mit den Resultaten überein, sind aber aufgrund der kleinen Stichprobe mit Vorsicht zu geniessen. Vergleich zu vorgängiger Studie wurde gemacht, weitere Vergleiche oder Interpretationen zu den Ergebnissen wurden nicht gemacht. Alternativerklärungen wurden auf eine sehr kleine Stichprobengrösse bezogen. Mit einer grösseren Stichprobenzahl wäre die Studie sinnvoller gewesen.</p> <p>Praxistransfer: Die KST als kosteneffiziente nicht-medikamentöse Intervention ist in der Praxis umsetzbar. Durch ein Handbuch mit Anleitung der KST kann die Therapie umgesetzt werden. Die Studie könnte in einem anderen Setting durchgeführt werden, eine grössere Stichprobe wäre in Zukunft notwendig.</p>

Gütebeurteilung nach Bartholomeyczik et al. (2008):

Objektivität	Reliabilität	Validität
<p>-Studie wurde nicht gesponsert</p> <p>-KST Moderatoren waren für das Programm nicht geschult</p>	<p>-Assessmentinstrumente sind reliabel und valide</p> <p>-Personen, die die Assessments auswerteten, waren nicht in den Therapien involviert und den Teilnehmenden gegenüber verblindet</p> <p>-methodisches Vorgehen weist Unklarheiten auf</p> <p>-unbekannt, wer die Assessments mit den Teilnehmenden ausfüllte</p>	<p>-Randomisierung hat stattgefunden</p> <p>-wenige und ähnliche Settings wurden einbezogen</p> <p>-kleine Stichprobenzahl</p> <p>-Teilnehmende wussten über ihre Gruppenzugehörigkeit Bescheid</p>

	-Bezugsperson für QoL-AD ist unbekannt -unterschiedliche Personen führten KST aus	
--	--	--

Evidenzlage:

Die Studie befindet sich auf dem Evidenzlevel 6. (unterstes Level)

Anhang B4: Kelly et al. (2017)

Zusammenfassung der Studie: An evaluation of community-based cognitive stimulation therapy: a pilot study with an Irish population of people with dementia

Einleitung	<p>Problem und theoretischer Bezugsrahmen: Trotz konsistenter Empfehlungen und unterstützender Forschungsergebnisse sind Maßnahmen zur kognitiven Stimulation für Menschen mit Demenz in Irland nach der Diagnose nicht routinemäßig verfügbar. Die KST ist eine der wenigen nicht-medikamentösen Interventionen, bei denen die Ansichten von Menschen mit Demenz berücksichtigt wurden (Pierce, 2012). Spector et al. (2011) führten in Großbritannien eine qualitative Studie durch, um zu untersuchen, ob Verbesserungen im Zusammenhang mit KST von Menschen mit Demenz, ihren Betreuern und KST-Förderern berichtet wurde. Die Gesamterfahrung, mit der Teilnahme an der KST, wurde sowohl von den Teilnehmenden als auch von den Betreuenden als positiv erlebt und die meisten Teilnehmenden berichteten von Verbesserungen des Selbstvertrauens und der kognitiven Vorteile (Spector et al., 2011).</p> <p>Forschungsbedarf: Die Forschenden sind zum Schluss gekommen, dass weitere zusätzliche Daten erforderlich sind, um festzustellen ob Menschen mit einer leichten- bis mittelgradiger Demenz von einer wöchentlichen KST- Sitzung einen Nutzen haben. Laut den Forschenden sind die Datenmengen noch zu klein, um eine konkrete Aussage machen zu können, ob eine wöchentliche KST Therapie wirklich einen Nutzen für die Demenzerkrankten hat.</p> <p>Ziel: Das Ziel der aktuellen Forschung ist es, die Auswirkung der einmal wöchentlichen KST in Bezug auf die Lebensqualität, der kognitiven Funktionen und der subjektiv wahrgenommenen Kognition von Menschen, mit einer leichten bis mittelgradigen Demenz, zu beurteilen.</p>
Methode	<p>Design: Es handelt sich um eine Prä-Post-Interventionsdesign. Es wurden quantitative sowie qualitative Forschungsmethoden angewendet (Mixed-Method). Die Auswahl des Designs wird nicht begründet.</p> <p>Stichprobe: Die Studie wurde an vier verschiedenen Standorten der Alzheimer Society of Ireland (ASI) in Irland durchgeführt. Nicht genau aufgeführt wo diese stattfanden. 28 Teilnehmende nahmen an der KST teil und 20 Teilnehmende schlossen die Studie ab (N=20) → 8 Dropouts Das Alter der Teilnehmenden war zwischen 53 und 86 (M=73) gemischt mit Frauen und Männer.</p>

Einschlusskriterien:

- formale Demenzdiagnose
- mussten ihrer Diagnose bewusst sein
- in der Lage sein eine Zustimmung zu geben
- über ausreichende Kommunikations- und Verständnisfähigkeiten verfügen
- an der Intervention teilnehmen können
- Mussten vorher beim Hausarzt einen Montreal Cognitive Assessment (MoCA/n=9) oder einen Mini Mental Status Exam (MMST/ N=5) durchführen
- Auswahl der Teilnehmenden wurden über die Alzheimer Society of Ireland (ASI) rekrutiert.
- Interessierte Personen kontaktierten die KST-Förderer an den jeweiligen Standorten, um sich über die Intervention und die Voraussetzungen, für die Teilnahme, zu informieren.
- Gab nur eine Interventionsgruppe

Datenerhebung:

Die KST wurde einmal wöchentlich über 14 Wochen durchgeführt. Es wurden 16 Sitzungen durchgeführt. Während der ersten und der letzten Sitzung, wurden die Assessments erhoben. Die Pre- und Posttests wurden einmalig vor und einmalig nach der Intervention erhoben und die acht Moderatoren (pro Standort 2) der KST, waren ASI-Mitarbeiter und füllten ebenfalls Basis- und Postinterventionsfragebögen aus. Die Moderatoren befolgten die Richtlinien der KST. Die Moderatoren hatten eine KST Schulung. Zusätzlich zu den quantitativen Daten wurden qualitative Interviews durchgeführt→ Nach der Intervention führte der Primärforscher Interviews mit vier KST-Teilnehmenden, sechs Betreuern und vier KST-Förderern durch.

Die Interviews ergänzten die quantitativen Daten, indem sie eine personalisierte Darstellung der Auswirkungen der KST lieferten. Es wurde dabei ein halb-strukturiertes Interview-Design mit vier Leitfragen verwendet:

1. Können sie ihre Gesamterfahrung und ihre Meinung zu CST beschreiben?
2. Wie zufrieden waren sie mit dem Programm? Erklärung
3. Würden sie CST weiterempfehlen? Warum? Warum nicht?
4. Gibt es irgendwas was sie ändern würden?

Vor und nach der Intervention mit der Standard KST sollten die Teilnehmenden ihren Hausarzt aufsuchen, um einen MMST durchführen zu lassen.

Messverfahren/Intervention:

Folgende Assessmentinstrumente wurden angewendet:

- Primäre Messverfahren→ Lebensqualität, kognitive Funktion und subjektive kognitive Funktion.
- Sekundäre Messverfahren→ Selbst bewertete kognitiven Fähigkeiten, Zufriedenheit mit den kognitiven Fähigkeiten, Zufriedenheit der kognitiven Leistung.
- QoL-AD
- MoCA (oder MMST)
- MARS-F

	<p>- Likert Skala</p> <p>Themen waren zwar vorgegeben für die wöchentlichen Sitzungen aber die Moderatoren passten die Aktivitäten und Schwierigkeitsgrade entsprechend den kognitiven Fähigkeiten, Interessen und der Geschlechtermischung ihrer Gruppe an. Die transkribierten Interviewdaten wurden nach den Erkenntnissen von Spector et al. (2011) geordnet und in relevante Themenbereiche unterteilt. In den drei Gruppen ergaben sich zwei Hauptthemen und fünf Unterthemen. Hauptthemen→ Positive Meinungen über KST und direkte Vorteile von der KST Unterthemen→ Positive Einstellung zur Intervention, Gesteigertes Vertrauen, Zufriedenheit mit und Empfehlungen für KST, Kognitiver Nutzen und erhöhte Freude/verbesserte Stimmung</p> <p>Datenanalyse: Um die Unterschiede zwischen den Mittelwerten der Pre- und Posttest Intervention zu analysieren wurden t-Test bei gepaarten Stichproben durchgeführt. Die Variablen sind metrisch. Korrelationskoeffizient nach Pearson wurde verwendet, um festzustellen, ob Beziehungen zwischen den Resultaten der verschiedenen Bereiche der KST-Teilnehmer bestehen. $P < 0.05$ wurde als statistisch signifikant definiert</p> <p>Genehmigung Ethikkommission: Die Forschenden versichern, dass alle Verfahren den ethischen Standards des zuständigen nationalen und institutionellen Komitees für Humanexperimente mit der Erklärung von Helsinki von 1975 in der 2008 überarbeiteten Fassung entsprechen und die schriftliche Zustimmung aller Teilnehmer eingeholt wurde.</p>
<p>Ergebnisse</p>	<p>Ergebnisse: Die Lebensqualität, die von den Teilnehmenden beurteilt wurde, ist vom Pre- zum Post-Test verbessert worden. Kein signifikanter Unterschied. Die Angehörigen schätzen die Lebensqualität der Teilnehmenden beim Posttest im Vergleich zum Pretest schlechter ein.</p> <p>Präsentation der Ergebnisse: Alle Ergebnisse wurden in Tabellenform verständlich präsentiert Alle Interview Ergebnisse wurden unterteilt und gut beschrieben mit den wichtigsten Kernaussagen präsentiert Alle Ergebnisse werden gut verständlich in Tabellen und Grafiken dargestellt und erläutert. Die Basis-Selbstbewertungs-Scores auf dem MARS-F zeigten mäßige bis starke positive Korrelationen mit der Basis-Lebensqualität der Teilnehmer ($p < 0,001$) und dem Wohlbefinden ($p = 0,004$). Während die MARS-F-Scores nach der Intervention moderat positive Korrelationen mit den Teilnehmenden: Lebensqualität nach der Intervention ($p = 0,028$), Wohlbefinden ($p = 0,022$) und Zufriedenheit mit der kognitiven Leistung ($p = 0,004$) zeigten. Die Basis-Selbstbewertungswerte für kognitive Fähigkeiten waren stark positiv mit den Basiswerten für die Lebensqualität ($p < 0,001$), dem Wohlbefinden ($p = 0,001$) und der Zufriedenheit mit der kognitiven Leistung ($p = 0,001$) korreliert.</p>

	<p>Ebenso korrelierten die Ausgangswerte für die Zufriedenheit mit der kognitiven Leistung mit der Lebensqualität ($p = 0,042$) und dem Wohlbefinden ($p = 0,005$) zu Beginn der Studie sowie die Bewertungen des Wohlbefindens ($p = 0,046$) und der Zufriedenheit mit der kognitiven Leistung ($p = 0,018$).</p> <p>Interessanterweise war die Basisbewertung der Lebensqualität der KST-Teilnehmer durch die betreuende Pflegepersonen stark positiv mit den Werten der Teilnehmenden nach der Intervention korreliert.</p> <p>Interviews: Die positive Einstellung zu KST wurde von allen drei Gruppen stark ausgedrückt. Viele würden sehr weit reisen, um an diesem Programm teilnehmen zu können. Viele würden das Programm auch weiterempfehlen und sollten, laut den Teilnehmenden, routinemässig für Menschen mit Demenz angeboten werden. Die Zunahme des Selbstvertrauens der KST-Teilnehmende war ein stark wiederkehrendes Thema in den Interviewdaten. Sowohl KST-Teilnehmende als auch Betreuende berichteten über Verbesserungen in Bereichen der kognitiven Funktion, einschließlich Gedächtnis, Aufmerksamkeit und der Konzentration. Im Gesamten hat sich die Stimmung aller sehr verbessert.</p> <p>Hauptaussage: Führte zu einer signifikanten Verbesserungen der subjektiven kognitiven Funktion und der Zufriedenheit der Teilnehmenden mit ihrer eigenen kognitiven Leistung sowie zu einer Bewertung des Engagements und Selbstvertrauens der Teilnehmenden durch die Moderatoren. Die Forschung ist die erste die zeigt, dass eine einmal wöchentliche KST Sitzung, oftmals besser für die Bereitstellung von Dienstleistungen in der Gemeinschaft geeignet ist und es den Demenzerkrankten zugute kommen kann.</p>
<p>Diskussion</p>	<p>Interpretation der Ergebnisse: Die Studie zeigt auf, dass die KST zwar die selbst eingeschätzte Lebensqualität und das Wohlbefinden der Teilnehmenden begünstigte, die Verbesserungen von der Basislinie bis zur Post-Intervention aber nicht signifikant waren Die Einbeziehung einer vergleichenden Kontrollgruppe in der Forschung wäre wünschenswert gewesen, um den Einfluss der Intervention auf die interessierenden primären Outcomes genauer bestimmen zu können. Sowohl Coen et al. als auch Spector et al. Berichteten nur über nicht signifikante Verbesserungen der kognitiven Funktion der KST-Teilnehmer von der Basislinie bis zur Post-Intervention. Was wichtig ist, in den Studien von Coen und Spector verschlechterten sich die Werte der Kontrollgruppe typischerweise im Laufe der Zeit. Das Ziel der Studie wurde erreicht.</p> <p>Limitationen: Interventionen wurden an vier verschiedenen Standorten umgesetzt. Deshalb gab es wahrscheinlich Unterschiede in der Art und Weise, wie die KST umgesetzt wurde obwohl das KST so konzipiert ist, dass sie Klienten zentriert durchgeführt wird indem die Intervention an die Bedürfnisse der Gruppe angepasst wird.</p> <p>Vergleich mit ähnlichen Studien: Die Studien werden dauern mit weiteren Studien verglichen. Vor allem mit Cove et al. (2014). Diese haben im Gegensatz zu dieser Studie keine Hinweise auf einen Nutzen einer einmal wöchentlichen KST für Menschen mit Demenz gefunden.</p>

	<p>Zukünftige Forschung: Beziehungen zwischen KST-Teilnehmer und den Ergebnissen der Pflegepersonen sollten weiter untersucht werden. Zukünftige gemeindebasierte KST-Studien in Irland würden von einer Aufstockung der Ressourcen, grössere Stichprobenzahl und eine Kontrollgruppe auf der Warteliste sehr profitieren.</p> <p>Schlussfolgerung: Es zeigt, dass es einen positiven Einfluss hat auf das Leben aller Beteiligten hat. Die KST ist in Irland nicht routinemässig verfügbar. Man könnte aber Millionen damit einsparen, da es sich um eine Kostengünstige nicht-medikamentöse Intervention handelt.</p>
--	---

Würdigung der Studie: An evaluation of community-based cognitive stimulation therapy: a pilot study with an Irish population of people with dementia

<p>Einleitung</p>	<p>Beantwortet die Studie eine wichtige Frage? Teile der Studie können zur Beantwortung der Fragestellung gebraucht werden. Es wurde keine Forschungsfrage oder Hypothese definiert. Vom Ziel der Studie kann eine mögliche Fragestellung abgeleitet werden.</p> <p>Forschungsbedarf/ Bezugsrahmen: Der Forschungsbedarf wurde beschrieben und im Kontext von vorhandener Literatur dargestellt. Forschende beschreiben eine Forschungslücke in der irischen Population, um aufzeigen zu können wie wichtig diese KST Intervention für Demenzerkrankte ist.</p>
<p>Methode</p>	<p>Design: Es wurde qualitative sowie quantitative Forschung betrieben. Design ist nachvollziehbar beschrieben. Die Verblindung zu den Forschungszielen ist nachvollziehbar im Design. Aufgrund der Pre- und Posttests nur eine Interventionsgruppe vorhanden und keine Kontrollgruppe.</p> <p>Interne Validität: Die Untersuchungsgruppe weiss, um was, dass es sich handelt. Die interne Validität ist nicht gegeben da die Forschenden nicht verblindet waren. Die interne Validität ist gegeben, da die Schlussfolgerung aus den gewählten Forschungsmethoden gezogen werden kann. Die Validität der Interviewfragen sind nicht gegeben. Man sieht nicht ob die Probanden wahrheitsgemäss antworten, da sie offene Fragen gestellt bekommen haben.</p> <p>Externe Validität: Die externe Validität ist gewährleistet, die Studie ist auf eine englischsprechende Population übertragbar.</p> <p>Stichprobe: Die Stichprobengrösse von 20 Teilnehmenden ist für ein quantitatives Forschungsdesign sehr gering. Für die qualitativen Messungen ist die Stichprobengrösse angemessen. Stichprobengrösse wurde nicht begründet. Ein- und Ausschlusskriterien werden aufgezeigt. Dropouts werden nicht angegeben und begründet. Da aber $N < 30$ ist können die Dropouts die Ergebnisse beeinflussen. Gab keine Vergleichsgruppe. Die Stichprobe ist repräsentativ auf die Zielpopulation.</p>

	<p>Die Studienergebnisse können auf andere englischsprachige Populationen mit denselben kulturellen Aspekten übertragen werden.</p> <p>Datenerhebung Die Datenerhebung ist nachvollziehbar, Assessmentinstrumente wurden weder erklärt noch begründet. Die Erfassung der Daten wurde genau beschrieben. Die Daten wurden bei allen Teilnehmenden gleich erhoben und wurden komplett erfasst. Nicht alle Teilnehmenden absolvierten vor der Intervention den Moca oder MMST Test.</p> <p>Messverfahren: Assessmentinstrumente sind reliabel und valide. Die Messinstrumente wurden nicht erklärt und nicht begründet. Einflüsse und Verzerrungen auf die Intervention werden nicht erwähnt.</p> <p>Datenanalyse: Datenanalyse kann aus der Studie herausgelesen werden ist jedoch nicht übersichtlich dargestellt. Die statistischen Verfahren wurden sinnvoll angewendet. Variablen sind metrisch. Die statistischen Angaben erlauben eine Beurteilung. Die Höhe des Signifikanzniveau konnte herausgelesen werden, wurde jedoch nicht begründet.</p> <p>Ethik: Eine Genehmigung der Ethikkommission wurde eingeholt. Die Teilnehmenden haben zudem alle eine schriftliche Einverständniserklärung abgegeben. Keinerlei ethische Themen wurden diskutiert.</p>
Ergebnisse	<p>Ergebnisse: Die Ergebnisse wurden präzise und ausführlich beschrieben. Alle Ergebnisse werden angegeben. Die Tabellen sind im Text erwähnt und ergänzen den Text.</p>
Diskussion	<p>Diskussion: Es wurden alle Resultate diskutiert. Interpretation stimmt mit den Resultaten überein. Es wird Bezug auf die Forschungsziele genommen. Es wird mit weiteren Studien verglichen und auch ein direkter Vergleich gezogen. Limitationen werden kritisch diskutiert. Es wird aufgezeigt, wie wichtig die Therapie ist, aber auch, dass mehr Ressourcen vom Staat benötigt wird. Alle Ergebnisse wurden in der Diskussion auf das Ziel der Studie diskutiert.</p>

	<p>Praxisbezug: Ja sie sind brauchbar. Zeigt auf wie die finanziellen Ressourcen wie auch die gesellschaftlichen Ressourcen sich verbessern würden. Die Intervention ist für die Praxis umsetzbar. Es braucht Zeit, genügen Ressourcen und genügend geschultes Personal. Die Studie könnte auch in einem anderen spezifischen klinischen englischsprachigen Setting durchgeführt werden. Die Schlussfolgerung spiegelt sich mit den Ergebnissen der Studie.</p>
--	--

Gütebeurteilung nach Bartholomeyczik et al. (2008):

Objektivität	Reliabilität	Validität
<ul style="list-style-type: none"> - Die Moderatoren der ASI wurden im Voraus zur KST geschult - Die Studie wurde vom ASI finanziert 	<ul style="list-style-type: none"> - Der methodische Ablauf der Studie ist nachvollziehbar - Messinstrumente werden nicht klar definiert - Beschreibung der Datenanalyse unübersichtlich - unterschiedliche Personen führten KST aus 	<ul style="list-style-type: none"> - Kleine Stichprobenanzahl - unklare Angaben der Settings - Mehrheitlich nicht signifikante Ergebnisse - keine Vergleichsgruppe - Die Teilnehmenden sind der Intervention bewusst

Evidenzlage:

Die Studie befindet sich auf dem Evidenzlevel 6. (unterstes Level)

Anhang B5: Orrell et al. (2014)

Zusammenfassung der Studie: Maintenance cognitive stimulation therapy for dementia: single-blind, multicentre, pragmatic randomised controlled trial

Einleitung	<p>Problembeschreibung/ Forschungsbedarf: Es gibt gute Evidenz, dass Menschen mit Demenz von der KST profitieren (Orrell 2012). Das Cochrane-Review zeigte, dass die kognitive Stimulation sowohl die Kognition als auch die Lebensqualität verbessert (Woods et. al., 2012). Der Welt-Alzheimer-Bericht 2011 zeigt, dass die KST routinemässig angeboten werden sollte (Price et al., 2011) Es gibt Studien, die die KST weitergeführt haben (Weiterführende KST) aber dort gibt es keine Evidenzen wie viel die Menschen nach dem Programmende wirklich profitiert haben. Deshalb wollte man nochmals schauen, ob es signifikante Unterschiede gibt oder nicht. Sowie wollte man in einer Nebenstudie herausfinden, ob die gleichzeitige Einnahme von ACHEIS und das Durchführen der KST einen Einfluss auf die Kognition hat. Die KST wird in Grossbritannien und mehreren anderen Ländern eingesetzt.</p> <p>Forschungsfrage/ Ziel: Die Wirksamkeit der weiterführenden KST, die das Standard Programm abgeschlossen haben, auf die Kognition sowie Lebensqualität von Menschen mit einer leichten bis mittelgradigen Demenz zu bewerten. Eine Teilstudie fokussierte sich zusätzlich auf die Wirksamkeit der KST während der Einnahme von Antidementiva.</p>
Methode	<p>Ansatz/Design: Es handelt sich um ein quantitatives Forschungsdesign und um eine einfach verblindete, multizentrische, pragmatische randomisiert kontrollierte Studie. Das Forschungsdesign wird nicht begründet.</p> <p>Stichprobe: 236 Demenzerkrankte von neun Pflegeheimen und neun Sozialeinrichtungen (50/50) von London, Essex und Bedfordshire wurden miteinbezogen. Nach den 6 Monaten waren es noch 199 Teilnehmende, es gab 36 Dropouts. Zu den Gemeinschaftszentren gehörten vier spezialisierte Demenztagesstätten vom Freiwilligensektor und fünf Zentren von lokalen Teams für psychische Gesundheit für ältere Menschen. Die Stichprobe war männlich und weiblich gemischt mit einem Durchschnittsalter von 83 Jahren. Die Stichprobenziehung geschah bewusst. Die Institutionen wurden auf Ein- und Ausschlusskriterien der Studie gescreent.</p>

Einschlusskriterien:

- Demenzdiagnose nach DSM-4
- Leichte (45%) bis mittelgradige (55%) Demenz, anhand Clinical Dementia rating scale (CDRS)
- Die meisten hatten Alzheimer oder vaskuläre Demenz
- Sie mussten kommunizieren können, hören und so gut sehen, um in der Gruppe teilnehmen zu können
- Keine Psychische Erkrankungen oder an einer geistigen Behinderung erkrankt sein
- Alle Probanden mussten zuerst die sieben Wöchige Standard KST Intervention durchführen
- Nachdem alle Teilnehmenden die sieben wöchige Standard KST durchgeführt hatten, wurden sie nach Zufallsprinzip in eine Interventionsgruppe (weiterführende KST) und eine Kontrollgruppe (TAU-Gruppe) eingeteilt
- Gibt eine Interventions- und Kontrollgruppe. Sowie eine Zusatzgruppe für die Nebenstudie

Datenerhebung:

Folgende Assessments wurden mit den Teilnehmenden in Interviewform vor der KST, vor der Randomisierung, nach 3 Monaten und nach 6 Monaten durchgeführt:

Primäre Outcomes:

- Alzheimer Disease Assessment Scale (ADAS-Cog)
- Quality of Life in Alzheimer's Disease scale (QoL-AD)

Sekundäre Outcomes:

- Mini Mental State Examination (MMST)
- Dementia Quality of Life scale (DEMQOL)
- Neuropsychiatric Inventory
- Alzheimer's Disease Cooperative Study- Activities of Daily Living

Die Forschenden haben die Assessmentinstrumente für die Mitarbeitenden der Pflegeheime, der Betreuenden der Familie sowie für die Mitarbeitenden der Zentren anhand von strukturierten Interviews zusammengestellt.

Jede Gruppe hatte zwei Moderatoren. Einen aus dem Forschungsteam und ein Mitarbeitender aus dem teilnehmenden Zentrum (z.B. Pflegeheim oder Zivildienst). Alle Moderatoren hatten mindestens ein Jahr Erfahrung in der Demenzpflege und hatten an der eintägigen KST-Schulung teilgenommen.

Messverfahren/ Intervention:

Interventionsgruppe → 24 Wochen Weiterführendes KST durchgeführt

Kontrollgruppe (TAU-Gruppe) → Gewohnte Behandlung waren in allen 18 Zentren unterschiedlich, aber man hat die gewohnten Aktivitäten weitergeführt.

Weiterführende KST Gruppe basiert auf der Theorie der KST. Jede Sitzung hat ein bestimmtes Thema oder eine bestimmte Aktivität (aktuelle Ereignisse, mein Leben oder Wortspiele) innerhalb einer einheitlichen Struktur mit orientierungsbasierten Aktivitäten, Erfrischungen und einem Gruppenlied.

	<p>Datenanalyse: Verwaltung der Daten MACRO System (Computerprogramm). Das statistische Verfahren ist unklar, wurde nicht klar beschrieben, die Instrumente zur statistischen Analyse werden nicht erwähnt. Die Forschenden erläutern, dass der Datensatz auf Anfrage erhältlich sei. Zustimmung der Teilnehmer wurde eingeholt, präsentierte Daten sind anonymisiert. P <0.05 wurde als statistisch signifikant definiert. Basierend auf dem Cochrane Review wurde die Effektgrösse der weiterführenden KST und mit Beachtung der Stichprobengrösse wurde das Signifikanzniveau definiert.</p> <p>Ethik: Es wurde eine Genehmigung vom Barking&Haverung Local Research Ethics Committee eingeholt und alle Beteiligten gaben ihr schriftliches Einverständnis. Es wurden keine ethischen Fragen diskutiert und keine Massnahmen durchgeführt.</p>
Ergebnisse	<p>Ergebnisse: Nach drei Monaten wurden keine signifikanten Unterschiede im QoL-AD gesehen und nach der sechs monatiger KST zeigt Interventionsgruppe signifikante Verbesserung im Gegensatz zu Kontrollgruppe, P= 0.03. Es gab keine signifikanten Unterschiede zu ADAS-Cog und bei den sekundären Ergebnissen nach sechs Monaten und es gab signifikante Unterschiede zwischen den Zentren (Pflegeheime und Gemeinschaftsdienste)→ bezüglich wie die KST durchgeführt wurde und wie viele Teilnehmende an der KST teilnahmen.</p> <p>Hauptaussage: Die Studie präsentiert, dass eine weiterführende KST die Lebensqualität der Demenzerkrankten gefördert, aber keinen zusätzlichen Nutzen für die Kognition hat.</p> <p>Nebenstudie: Keine signifikanten Ergebnisse in Bezug auf die primären Ergebnisse Nur bei MMST bei 3&6 Monaten Follow-up wurden signifikante Interaktionen gefunden Geringsten Rückgang von MMST gab es bei der zweiten Follow-up in der AChEis und der Erhaltungs-CST (P=0.03) Stärkste Rückgang war bei denjenigen die AChEis einnahmen aber keine Wartungs-KST hatten (P=0.03). Es gab keine weiteren signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen bei allen anderen Outcome-messungen.</p> <p>Präsentation der Ergebnisse: Die Ergebnisse wurde alle schön in einer Tabelle gelistet und präsentiert.</p>
Diskussion	<p>Erklärung der Ergebnisse: Nach sechs Monaten meldeten die Teilnehmenden ein verbesserte QoL, nach drei Monaten sahen nur die Betreuenden der Teilnehmenden eine Verbesserung der Lebensqualität. In der Interventionsgruppe verbesserten sich die ATL's schon nach drei Monaten. Keine weiteren signifikanten Differenzen in den anderen Ergebnissen.</p>

	<p>Nach der sechs Monatigen Instandhaltung fanden die Forschenden jedoch keine signifikanten Unterschiede in der Kognition.</p> <p>Laut den Scores zeigt die Studie aber, dass KST über die Wirkung der Medikamente hinaus weiterhin eine gewisse Schutzwirkung auf die Kognition hat.</p> <p>Während der acht Monate (von der ursprünglichen Basislinie vor 2 Monaten der KST und dem 6-monatigen Follow-up) war der durchschnittliche kognitive Rückgang sowohl in Interventions- als auch in der Kontrollgruppe deutlich geringer, als normalerweise in der Praxis erwartet würde, was darauf hindeutet, dass das ursprüngliche KST Programm eine gewisse restliche positive Wirkung hatte.</p> <p>Nebenstudie: Die Nebenstudie hat herausgefunden, dass Menschen mit den AChEI Medikamenten eine Kognitive Verbesserungen mit der weiterführenden KST haben mit dem Wartungs-CST. Da die Demenz mit einem fortschreitenden kognitiven Rückgang verbunden ist könnte das Potenzial für eine weitere kognitive Verbesserung begrenzt gewesen sein.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Teilstudie der Instandhaltungs-CST mit Medikamenten liefert erste Hinweise darauf, dass die Instandhaltungs-CST in Kombination mit AChEI-Medikamenten längerfristige Vorteile für die Kognition haben kann. Pharmakologische und psychosoziale Interventionen können möglicherweise besser zusammenwirken als beide allein. - Da Demenz mit einem fortschreitenden kognitiven Rückgang verbunden ist könnte das Potenzial für eine weitere kognitive Verbesserung begrenzt gewesen sein. <p>Erreichen der Forschungsziele: Es werden alle Forschungsziele erreicht.</p> <p>Limitationen: Studie beschränkt sich nur auf Europäische Kulturen. Die Teilnehmende mussten an einer leichten bis mittelgradigen Demenz erkrankt sein. Kann verallgemeinert, da aber die Teilnehmenden fast ausschließlich Weiße waren, ist es schwer zu sagen, inwieweit die KST für andere ethnische oder kulturelle Gruppen nützlich ist.</p> <p>Vergleich mit ähnlichen Studien: Die Ergebnisse tragen zur Erreichung des Ziels bei.</p> <p>Forschung: Die Forschenden erläutern, dass man sich in künftigen Studien mit der optimalen Häufigkeit und Dauer der KST befassen sollte. Bei der Nebenstudie äussern die Forschenden, dass man das Programm anstatt einmal wöchentlich zweimal wöchentlich über 6 Monate anbieten sollte.</p> <p>Zukünftige Forschung: Im Forschungsprogramm stellen die Forschenden drei weitere Studien zur Therapie der KST vor. Erstens führen sie eine pragmatische Cluster Randomisierungsstudie durch, um die in der KST geschulten Mitarbeiter zu vergleichen, die</p>
--	--

	<p>entweder zusätzliche Unterstützung (Internet-Support, regelmäßige telefonische Unterstützung) oder keine Unterstützung erhalten. Dabei wird geprüft, ob zusätzliche Personalunterstützung zu mehr KST-Gruppenteilnahmen führt.</p> <p>Zweitens führen sie eine Studie durch, die zur Umsetzung in der Praxis dienen soll (Untersuchen nur Lebensqualität & Kognition) für Zentren, die die KST anbieten.</p> <p>Schließlich haben sie eine Version der KST für die Familienpflege (individuelle KST) entwickelt, die derzeit in einer großen multizentrischen Studie ausgewertet wird.</p> <p>Weitere Untersuchungen sollten zeigen, ob die weiterführende KST häufiger als einmal in der Woche durchgeführt werden muss, um einen Nutzen zu haben.</p> <p>Die Forschenden ermutigen die zukünftigen Forschenden, die KST in anderen Kontexten, mit neuen Mitarbeitern und in anderen Populationen umzusetzen und zu bewerten.</p> <p>Die Ergebnisse sind ermutigend, laut den Forschenden, aber man müsse noch weitere Studien mit weiterführender KST durchführen, um die Instandhaltung der weiterführenden KST bewerten zu können</p>
--	--

Würdigung der Studie: Maintenance cognitive stimulation therapy for dementia: single-blind, multicentre, pragmatic randomised controlled trial

<p>Einleitung</p>	<p>Beantwortet die Studie eine wichtige Frage? Die Studie kann zur Beantwortung der Fragestellung der Bachelorarbeit genutzt werden. Sie zeigt auch auf, ob die KST sinnvoll ist bei Einnahme von Antidementiva ist. Sie zeigt die Wirksamkeit der weiterführenden KST in Bezug auf die Lebensqualität auf.</p> <p>Forschungsfrage/ Hypothese Es wurde keine explizierte Forschungsfrage in der Studie definiert. Anhand der Ziele kann eine mögliche Forschungsfrage abgeleitet werden. Die Studie beschreibt keine Hypothesen.</p> <p>Literatur: Es stützt sich auf bereits vorhandene Literatur und Studien sowie Reviews. Es ist logisch und verständlich dargestellt und erläutert.</p>
<p>Methode</p>	<p>Design: Das Design wurde sinnvoll und nachvollziehbar gewählt. Die Forschenden wusste wer in welcher Gruppe war, Mitarbeiter und Teilnehmende nicht. Durch dies, dass die Forschenden die Gruppenzugehörigkeit wusste gefährdet, dass die Ergebnisse der Studie. Die interne Validität ist beeinflusst da die Forschenden nicht verblindet waren. Die externe Validität ist für ähnliche Populationen gegeben, kann jedoch nicht weltweit generalisiert werden.</p> <p>Stichprobe: Die Stichprobenziehung wurde beschrieben und ist nachvollziehbar Die Stichprobengrösse wird mit einer Stichprobenumfangrechnung begründet. Das heisst, dass die genau Zahl definiert wurde, die man für die Stichprobengrösse braucht. Zu viele verschiedene Settings wurden untersucht. Kann Fehler bei den Ergebnissen aufbringen. Die Studie erläuterten auch für die Teilstudie, dass es genügend Probanden gab, die Medikamente einnahmen, um eine Teilstudie daraus machen zu können. Die Stichprobe ist repräsentativ für die Zielpopulation mit einer leichten bis mittelgradigen Demenz. Dropouts wurden beschrieben und begründet, die Ergebnisse werden nicht durch die Dropouts beeinflusst. Ab einem Wert von $N > 30$ kann man statistisch sagen, dass die Ergebnisse nicht beeinflusst sind. Die Vergleichsgruppen wurden nach Zufallsprinzip zugeordnet, nach der Randomisierung wurden Gruppen nicht mehr verglichen. Ein- und Ausschlusskriterien wurden klar definiert.</p>

	<p>Datenerhebung: Die Datenerhebung mithilfe der verschiedenen Assessmentinstrumente ist nachvollziehbar. Die verschiedenen Assessmentinstrumente werden beschrieben und die Auswahl begründet. Es wird beschrieben wie die Forschenden ihre Daten erheben, in allen Settings wurden die Daten auf gleiche Weise erhoben. Die Daten werden von allen Teilnehmenden komplett erhoben und tabellarisch dargestellt. Die verschiedenen Assessmentinstrumente werden beschrieben und die Auswahl begründet.</p> <p>Messverfahren: Die Assessmentinstrumente sind reliabel und valide. Die Assessmentinstrumente wurden nachvollziehbar erklärt aber nicht begründet. Nicht klar ersichtlich, ob die Intervention in allen Settings gleich durchgeführt wird. Deshalb die Ergebnisse mit Vorsicht geniessen.</p> <p>Datenanalyse: Das Verfahren der Datenanalyse wird nicht klar beschrieben. Die erhobenen Variablen sind metrisch. Die statistischen Angaben erlauben eine Beurteilung der Ergebnisse Das Signifikanzniveau wurde angegeben und nachvollziehbar begründet.</p> <p>Ethik: - Es wurden keinerlei ethische Fragen diskutiert.</p>
Ergebnisse	<p>Präzision der Ergebnisse: Die Ergebnisse sind präzise und ausführlich dargestellt und erläutert.</p> <p>Grafiken und Tabellen: Die Grafik sowie die Tabellen sind präzise aufgestellt, vollständig und erwähnt im Text, sie sind ergänzend zum Text.</p>
Diskussion	<p>Werden alle Resultate diskutiert? Es werden nicht alle Resultate diskutiert. Wird teilweise nur Stellung auf vorherige Studien genommen. Die Interpretation stimmt mit den Resultaten überein.</p> <p>Resultate im Bezug zur Fragestellung/Hypothese: Es wird mit weiteren Studien verglichen. Es wird auch zur Nebenstudie Bezug genommen und verglichen.</p>

	<p>Alternative Erklärungen: Es wird teilweise auch nach alternativen Erklärungen gesucht.</p> <p>Sinn der Studie: Die Limitationen werden kritisch diskutiert und auch auf weitere Studien desselben Forschungsteam aufmerksam gemacht, um evtl. Schlüsse ziehen zu können. Es wird diskutiert, dass es schwierig zu sagen ist ob man diese Ergebnisse auch auf weitere kulturelle Gruppen verwenden kann. Die Studie diskutieren auch, dass eine grössere Stichprobe evtl. mehr Signifikanz aufgezeigt hätte. Es wird zu den primären Outcomes diskutiert wie man für die weitere Forschung vorgehen sollte</p> <p>Bedienung für die Umsetzung in der Praxis: Sie haben keine klare Aussage gemacht, dass man die Intervention so anwenden sollte in der Praxis. Sie äussern, dass es noch weitere Forschung in diesem Gebiet benötigt wird, um klare Aussagen treffen zu können bezüglich der Langzeitwirkung auf die Kognition und der Lebensqualität. Klar ist aber, dass es kurzfristige sowie langfristige Vorteile haben kann mit der Medikamenteneinnahme.</p> <p>Wiederholung der Studie in anderem Setting: Wird nicht klar erläutert.</p>
--	--

Gütebeurteilung nach Bartholomeyczik et al. (2008):

Objektivität	Reliabilität	Validität
<ul style="list-style-type: none"> - Leitende der KST absolvierten im Voraus eine Schulung - Hauptforschender ist an KST-Handbuch beteiligt, es besteht ein Interessenskonflikt - Forschende wussten Gruppenzugehörigkeit der Teilnehmenden 	<ul style="list-style-type: none"> - Klar definierte Messinstrumente - Messinstrumente sind reliabel und valide - Es wurden vertiefte Angaben zu der Datenanalyse durchgeführt - Assessments wurden durch Personen erhoben, die die Teilnehmenden kannten - Interventionen der Kontrollgruppe waren unklar definiert 	<ul style="list-style-type: none"> - Teilnehmende sind verblindet - Teilnehmende konnten ihre Gruppenzugehörigkeit erraten - sehr viele verschiedene Settings

Evidenzlage:

Die Studie befindet sich auf dem Evidenzlevel 6. (unterstes Level)

Anhang B6: Piras et al. (2017)

Zusammenfassung der Studie: Efficacy of cognitive stimulation therapy for older adults with vascular dementia

Einleitung	<p>Problembeschreibung: Demenz ist eine globale Herausforderung der Volksgesundheit. Nebst medikamentösen Therapien, welche fragwürdige Resultate ergaben, gibt es die Option von nicht-medikamentösen Therapien bei Demenz. Die Studie versucht die Effektivität der KST bei Personen mit vaskulärer Demenz zu beschreiben. In Anlehnung an die Studie von Aguirre et al. 2014 wurde eine singleblind, multizentrierte, randomisiert kontrollierte Studie durchgeführt, um den potenziellen Nutzen von KST auf folgende Bereiche zu beurteilen: Kognition, Lebensqualität, Stimmung und Verhalten, Lebensaktivitäten.</p> <p>Bezugsrahmen: Das Interesse an psychosozialen Ansätzen stieg in den letzten Jahren erheblich. Einige psychosoziale Behandlungen wurden bereits als effektiv erwiesen. KST ist die meist verbreitete psychosoziale Behandlung für Patienten mit einer leichten bis mittelgradigen Demenz und wird in diversen Ländern angewendet. Ein kürzlich durchgeführtes Review (Lobbia et. al. 2018) ergab mässige Wirksamkeit der Aufrechterhaltung von kognitiven Funktionen und der Förderung der Lebensqualität von Menschen mit einer leichten bis mittelgradigen Demenz. Die bereits durchgeführten Studien inkludierten Personen mit unterschiedlichen Demenzformen (Alzheimer, vaskuläre Demenz, Parkinson Demenz, atypische oder gemischte Formen, Levwy Body Demenz oder unspezifische Demenz).</p> <p>Forschungsbedarf: Die bereits durchgeführten Studien inkludierten Personen mit unterschiedlichen Demenzformen- Es soll sich somit zeigen, ob die Wirksamkeit der KST von der Demenzform abhängig ist. Trotz Fortschritte im Verständnis von Gefässerkrankungen, konnten noch keine zugelassenen medikamentösen Behandlungen bei vaskulären kognitiven Beeinträchtigungen sowie vaskulärer Demenz entwickelt werden. Die Entwicklung von alternativen, kompensatorischen Interventionen bleibt eine Herausforderung.</p> <p>Forschungsfrage/ Ziel: Das Ziel der Studie ist es, die Effektivität der KST bei Einzelpersonen mit vaskulärer Demenz zu beurteilen. Die Forschenden erwarten Verbesserungen der kognitiven Funktionen sowie der wahrgenommenen Lebensqualität.</p>
Methode	<p>Design: Es handelt sich bei dieser Studie um eine multizentrisch, randomisiert kontrollierte Einzelblindstudie. In Anlehnung an die Studie von Aguirre et al. (2014) wurde eine einfach geblindete, multizentrische, randomisiert kontrollierte Studie durchgeführt, um den potenziellen Nutzen von KST-IT auf folgende Bereiche zu beurteilen: Kognition, Lebensqualität, Stimmung und Verhalten, Fähigkeiten des täglichen Lebens.</p> <p>Stichprobe:</p>

	<p>Die Stichprobe wurde aus italienischen Seniorenresidenzen gezogen. Die Überweisung erfolgte durch Ärzte nach den NINDS-AIREN (National Institute of Neurological Disorders and Stroke) Kriterien.</p> <p>Einschlusskriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> - dokumentierte Demenz - Nachweis einer zerebrovaskulären Erkrankung in Krankengeschichte - -bei klinischer Untersuchung oder bei der Hirnbildgebungen - -begründete Beziehung zwischen Demenz und zerebrovaskulärer Erkrankung <p>Die Teilnahmebedingungen stützen sich auf den Kriterien der Studie von Spector et al. (2003) Zusätzlich besteht die Begrenzung der Diagnose von einer leichten bis mittelschweren vaskulären Demenz.</p> <p>35 Teilnehmende wurden identifiziert. Diese wurden nach Zufallsprinzip in eine von zwei Gruppen zugeordnet. 21 Teilnehmende der Interventionsgruppe welche KST- IT erhielten und 14 Teilnehmende in der Kontrollgruppe. Die Kontrollgruppe erhielt alternative, lehrreiche Aktivitäten. Die beiden Gruppen unterscheiden sich nicht in Bezug auf Alter, Geschlecht oder Ausbildungsjahre. Die beiden Gruppen waren in Bezug auf die kognitiven Fähigkeiten einheitlich.</p> <p>Datenerhebung:</p> <p>Alle Teilnehmenden erhielten 18 Sitzungen. Die ersten beiden (Pretest) sowie die letzten zwei Sitzungen (Posttest) waren Vor- und Nachbereitungstests. Während diesen Vor- und Nachbereitungssitzungen wurden unterschiedliche Assessments durchgeführt (genauer erläutert bei Messverfahren).</p> <p>Die restlichen 14 Sitzungen waren Gruppensitzungen.</p> <p>Zwei erfahrene Moderatoren führten die KST-IT mit den Teilnehmenden durch.</p> <p>Es wurden verschieden Assessmentinstrumente zur Messung der einzelnen Bereiche verwendet:</p> <p>Kognition:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dafür wurde der Mini Mental Status (MMST) verwendet. Er umfasst Elemente zur zeitlichen und räumlichen Orientierung, zu den unmittelbaren und verzögerten verbalen Erinnerungen, zur Sprache, zur Aufmerksamkeit und Praxis. Es könnten maximal 30 Punkte erreicht werden. - Der «Alzheimer's Disease Assessment Scale -Cognitive subscale» (ADAS-Cog) besteht aus elf Aufgaben zur Orientierung, Gedächtnis, Sprache, Praxis, Aufmerksamkeit und andere kognitiven Fähigkeiten. Hierbei konnten maximal 70 Punkte erreicht werden, wobei höhere Werte auf eine schlechtere Funktion hinweisen. - Erinnerung/ Kurzzeit-/ Arbeitsgedächtnis: Bei der (backward digit span task) hören die Teilnehmenden immer länger werdende Zahlenfolgen (2 bis 8), welche sie in umgekehrter Reihenfolge repetieren sollen. Jede Stufe besteht aus zwei Sequenzen der gleichen Länge. Sobald der Teilnehmende nicht beide Sequenzen wiederholen kann endet der Test. - Sprache: Der Erzählsprachtest untersucht Textkompetenz und Textverständnis und beurteilt die Diskursfähigkeit in Abhängigkeit von der effektiven Kommunikation. Teilnehmende müssen zuerst eine einzelne Figur beschreiben
--	--

	<p>und dann Figurengruppen. Die Beschreibungen werden wortwörtlich aufgenommen, transkribiert und segmentiert. Mit der Verwendung von quantitativen Textanalysen wurden die Informationseinheiten analysiert. Die abhängige Variable war die Summe der Figuren, welche genau und korrekt berichtet wurden.</p> <p>Lebensqualität:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hierzu wurde der Quality of Life – Alzheimer's Disease scale (QoL-AD) verwendet. Der Test besteht aus selbsterklärenden Fragen zu 13 Elementen. Jedes Element kann mit einer Punktzahl von 1 (schlecht) -4 (exzellent) bewertet werden. Die benötigte Punktzahl besteht aus der Summe aller Elemente, je höher die Punktzahl, desto besser die Lebensqualität. <p>Stimmung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Depression→ Dafür wurde die Cornell scale verwendet. Sie besteht aus 19 Elementen welche Zeichen und Symptome einer schweren Depression bei Menschen mit Demenz beurteilen. Jedes Element wird auf einer Skala von 0 (nicht vorhanden) bis 2 (schwer) bewertet. Die abhängige Variable besteht aus der Summe der Punktzahl aller 19 Elemente. Bei einer Punktzahl unter 6 bestehen keine signifikanten depressiven Symptome, ab 10 Punkten besteht eine wahrscheinliche schwere Depression, ab 18 Punkten eine definitive schwere Demenz. - Einsamkeit→ Hierfür wurde die 6 Elemente social and emotional loneliness scale verwendet. Jedes Element wird von 1 (absolut richtig) bis 5 (überhaupt nicht richtig) eingestuft. Die abhängige Variable besteht aus der Summe der Punktzahl aller 6 Elemente. Je niedriger die Punktzahl bei der sozialen Skala, desto weniger soziale Einsamkeit. Je weniger Punkte bei der emotionalen Skala, desto mehr emotionale Einsamkeit. <p>Verhalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Neuropsychiatric Inventory (NPI) beurteilt 10 Verhaltensstörungen von Demenzerkrankten. Die Punktzahl (Häufigkeit x Schweregrad) reicht von 1-12. Je höher die Punktzahl, desto häufigere und schwerere Probleme sind vorhanden. <p>Lebensaktivitäten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Das Disability Assessment for Dementia (DAD) umfasst alle 10 Aktivitäten des täglichen Lebens. Die Elemente der einzelnen Bereiche bewertet die individuellen Fähigkeiten des Einzelnen in drei Bereichen: Entscheidung, Planung und Organisation. Die Möglichkeiten der Punktzahlen sind 1 (Aktivität ohne Hilfe), 0 (Unfähigkeit der Aktivität), N/A (Aktivität wurde seit Krankheitsausbruch oder während diesen zwei Wochen nie durchgeführt). Die abhängige Variable war die Gesamtpunktzahl, ausgedrückt in Prozent. Die Gesamtzahl der nicht bewerteten Artikel (N/A) wurde vom Nenner abgezählt. <p>Intervention/ Messverfahren: Die Teilnehmenden der Interventionsgruppe erhielten zweimal wöchentlich, während sieben Wochen in Kleingruppen (7-8 Personen) 14-mal die KST-IT. Die Kontrollgruppe erhielt stattdessen 14 Sitzungen mit lehrreichen Aktivitäten in Kleingruppen.</p>
--	---

	<p>Jede Sitzung der KST-IT wurde folgendermassen aufgebaut: Einleitung (10min) mit persönlichem Willkommen, Diskussion über die Auswahl des Gruppennamens, Titellied, Diskussion über Tag, Monat, Jahr, Wetter, Zeit, Name und Adresse des Zentrums, dazu wurde ein Whiteboard zur Hilfe genommen. Zudem wurde über die aktuellen Nachrichten und Neuigkeiten diskutiert. Anschliessend folgte die Hauptaktivität der KST (25min). Die Aktivitäten wurden auf die kognitiven Fähigkeiten der Teilnehmenden angepasst und in Schwierigkeitsgrade A (schwieriger) und B (einfacher) unterteilt. Während dem Fazit (10min) wurde allen Teilnehmenden gedankt, singen des Titelsongs, Erinnerung an das Datum sowie die Zeit der nächsten Sitzung und deren Inhalt, verabschieden.</p> <p>KST-IT: kognitive Stimulation Therapie- Italienische Anpassung (z.B. Englische Lieder oder traditionelles englisches Essen wurde durch typisch italienische Lieder/ Essen ersetzt.</p> <p>Datenanalyse: Im Voraus wurden die beiden Gruppen für alle interessierten Messungen miteinander verglichen, um Basisunterschiede auszuschliessen. Die Ergebnisse der Assessments der Pretests wurden mit dem t-Test ausgewertet. Dabei wurden keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen festgestellt. Um die Gewinne aus der Behandlung zu bewerten, wurden univariate ANCOVA's für alle interessierten Messungen durchgeführt. Die Zahlen der Posttests wurden als abhängige Variable, die Zahlen der Pretests als Kovariable und die Vergleiche der beiden Gruppen als Zwischenwert verwendet.</p> <p>Ethik: Die Studie wurde in Übereinstimmung mit der Deklaration von Helsinki (1964 und späteren Änderungen) durchgeführt.</p>
Ergebnisse	<p>Ergebnisse: Im Allgemeinen zeigen die Analysen einen Haupteffekt der Pretests für alle interessierten Messungen, mit Ausnahme der Zahlenfolgen (digit span task). Die wichtigen Auswirkungen der Gruppenvergleiche waren signifikant für die Messungen der kognitiven Fähigkeit (MMST) und der (ADAS-Cog), indem die Interventionsgruppe die Kontrollgruppe übertraf.</p> <p>Ein Trend zur Verbesserung zeigte die Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe in den Messungen des Kurzzeit-/ Arbeitsgedächtnis (backward digit span) mit $p=0.07$ und der Lebensqualität (QoL-AD) mit $p=0.08$. Bei allen anderen Massnahmen zeigen die beiden Gruppen keine signifikanten Unterschiede.</p>
Diskussion	<p>Nachdem die vaskulären Risikofaktoren (wie z.B. Hypertonie, Hypercholesterinämie) geprüft wurden, erwiesen sich die Auswirkungen der medikamentösen Behandlungen als bescheiden.</p> <p>Seitdem das Ziel von evidenzbasierter Medizin relevante und zuverlässige Daten zum Zweck von individuellen patientenspezifischen Entscheidung, sowie begrenzt verfügbare Evidenz zur Wirksamkeit von kognitivem Training und kognitiven Rehabilitationsmassnahmen für Menschen mit einer leichten bis mittelgradigen Demenz besteht, sind gut designte, einfach verblindete, randomisiert kontrollierte Studien für nicht-medikamentöse Massnahmen entscheidend.</p>

	<p>Studien, welche für Alzheimererkrankte entwickelt wurden, müssen nicht auf die kognitiven Beeinträchtigungen von Personen mit vaskulärer Demenz übertragbar sein.</p> <p>Übereinstimmend mit anderen Studien zeigt diese Studie, dass die kognitive Fähigkeit durch KST sofort verbessert wird, während die kognitive Fähigkeit der Kontrollgruppe keine Verbesserung zeigt. Die Interventionsgruppe zeigte zusätzlich einen Trend zur Verbesserung der Lebensqualität, welcher in der Kontrollgruppe nicht zu sehen ist. Diese Erkenntnisse unterstützen die Wirksamkeit der KST bei Personen mit Demenz im Allgemeinen, wie auch bei Personen mit vaskulärer Demenz.</p> <p>Limitationen: Während diese Studie die Wirksamkeit der KST-IT bei Personen mit vaskulärer Demenz unterstützt, müssen einige Einschränkungen der Studie beachtet werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die relativ kleine Stichprobengrösse erschwert die Generalisierung und Aussagekraft der Ergebnisse. - Obwohl die vaskulär kognitiven Einschränkungen berücksichtigt wurden, ist das Potenzial zur Verbesserung sowie der nicht linear fortschreitende Verlauf von vaskulärer Demenz gegeben. Weitere Untersuchungen mit grösseren Stichprobenzahlen wären somit notwendig, um bedeutungsvolle Aussagen machen zu können. - Zusätzlich wurde empfohlen, dass das Krankheitsstadium bei den mit vaskulärer Demenz behandelten Bevölkerungsgruppen angewandt wird, um das gesamte Spektrum der Schweregrade anzusprechen. Um die Wirksamkeit einer bestimmten Behandlung in mehreren Bereichen der damit verbundenen Behinderung zu beweisen. <p>Dies war die erste Studie, welche die Wirksamkeit der KST für die vaskuläre Demenzform untersuchte.</p> <p>Übertragung in Pflegepraxis: Abschliessend zeigen die Resultate den Nutzen der KST-IT, die Wichtigkeit und die Anwendung und Verbreitung einer evidenzbasierten Intervention. Dies bedeutet, dass die KST bei Personen mit vaskulärer Demenz gefördert werden sollte. Die derzeit zur Verfügung stehenden Behandlungen für vaskuläre kognitive Beeinträchtigungen sind lediglich präventiv, die gewonnenen Erkenntnisse dieser Studie sollten in zukünftigen Studien vermehrt für homogene vaskuläre Beeinträchtigungs-Subtypen durchgeführt werden.</p>
--	--

Würdigung der Studie: Efficacy of cognitive stimulation therapy for older adults with vascular dementia

Einleitung	<p>Die Studie ist zur Beantwortung der Fragestellung dieser Arbeit unterstützend, da die Wirkung der KST auf die Lebensqualität untersucht wird.</p> <p>Das Ziel der Studie wurde explizit erwähnt. Zusätzlich wurde, aufgrund Erkenntnissen von vorherigen Studien, eine Hypothese formuliert. Die Forschungsfrage kann daraus abgeleitet werden.</p> <p>Die Epidemiologie sowie die globale Herausforderung von Demenzerkrankten, sowie Erkenntnisse von vorgängigen Studien beschreiben die Problemstellung. Die Spezifizierung auf vaskulärer Demenz, dieser Studie, im Vergleich zu anderen Studien, zeigt den Forschungsbedarf auf. Dies wird mit empirischer Literatur ergänzt.</p>
Methode	<p>Design:</p> <p>Das Design ist für das Ziel der Studie nachvollziehbar.</p> <p>Die Studie wurde in mehreren Institutionen durchgeführt, deshalb multizentrisch.</p> <p>Das randomisiert, kontrollierte Studiendesign wurde verwendet, um die Interventionsgruppe mit der Kontrollgruppe zu vergleichen. Die Studie ist einfachverblindet, wobei die Teilnehmenden nicht über das Vorgehen Bescheid wissen.</p> <p>Die interne Validität ist gegeben.</p> <p>Die Ergebnisse sind extern valide, indem sie auf vaskuläre Demenztypen in italienischen Settings generalisiert werden können (wenn die Stichprobengrösse nicht so klein wäre).</p> <p>Stichprobe:</p> <p>Die Stichprobenziehung ist nachvollziehbar und für das quantitative Forschungsdesign geeignet. Wie die Randomisierung durchgeführt wurde, ist nicht beschrieben.</p> <p>Die Stichprobe ist für ein quantitatives Forschungsdesign zu klein und wurde nicht begründet.</p> <p>Die Stichprobe ist somit nicht repräsentativ auf die Zielpopulation.</p> <p>Die Zahl der Vergleichsgruppen mit N=21 und N=14 ist unterschiedlich gross.</p> <p>28 der 35 Teilnehmenden sind weiblich.</p> <p>Die Vergleichsgruppen unterscheiden sich nicht im Alter oder Ausbildungsniveau, was in einer Tabelle dargestellt wird.</p> <p>Es werden keine Drop-Outs angegeben oder beschrieben.</p> <p>Die Vergleichsgruppen sind ähnlich, weisen jedoch Unterschiede in den Gruppengrössen auf.</p> <p>Datenerhebung:</p> <p>Die Datenerhebung mit Hilfe der verschiedenen Assessments ist zur Beantwortung der Fragestellung sinnvoll.</p> <p>Die Methoden zur Datenerhebung erfolgten bei allen Teilnehmenden auf dieselbe Art. Die Sitzungen wurden durch zwei Moderatoren geleitet.</p> <p>Messverfahren/ Intervention:</p> <p>Die Messverfahren sind reliabel und valide.</p>

	<p>Die Funktion der verschiedenen Messverfahren wird erläutert, die Auswahl der Messverfahren jedoch nicht begründet. Mögliche Verzerrungen auf die Intervention wurden in der Studie nicht erwähnt.</p> <p>Datenanalyse: Die Verfahren der Datenanalyse werden konkret beschrieben. Die statistischen Tests entsprechen den Datenniveaus und sie erlauben eine Beurteilung der Angaben. Das Signifikanzniveau wurde im Text nicht erwähnt oder begründet, aus dem Kontext wird das Signifikanzniveau auf $p < 0.05$ geschätzt. Die Voraussetzungen für die ANCOVAs sind vorhanden: die Gruppen der Kovariate sind ähnlich.</p> <p>Ethik: Keinerlei ethische Aspekte werden in der Studie diskutiert, auch die Beziehung der Teilnehmenden und Moderatoren wurde nicht beschreiben. Zwei unterschiedliche Moderatoren führten die KST mit den Teilnehmenden durch. Ihre Beziehung zu den Teilnehmenden wurde nicht erläutert.</p>
Ergebnisse	<p>Es wurden mehrere präzise Tabellen als Ergänzung zum Text verwendet, um die Ergebnisse darzustellen. Wobei nur die Zahlen der ausgewerteten Tests ersichtlich sind und nicht auf einzelne Erkenntnisse oder Punkte der Tests eingegangen wird. Die Hypothese konnte nicht vollständig bestätigt werden.</p> <p>Alle Resultate sind angegeben und werden diskutiert.</p>
Diskussion	<p>Alle Resultate werden im Diskussionsteil erneut erläutert. Die Resultate werden in Bezug auf die Fragestellung diskutiert und einzelne Aspekte werden mit anderen Studien und deren Ergebnissen verglichen. Zudem werden im Diskussionsteil Einschränkungen der Studie aufgezeigt und somit Stärken und Schwächen der Studie abgewogen. Die Studie ist sinnvoll, sie könnte in anderen klinischen Settings, sowie mit anderen Demenzformen wiederholt werden.</p>

Gütebeurteilung nach Bartholomeyczik et al. (2008):

Objektivität	Reliabilität	Validität
-Studie wurde nicht gesponsert	-erfahrene Moderatoren führten die KST-IT durch	-Studiendesign passt zur Forschungsfrage -Studie ergab signifikante Ergebnisse

	<ul style="list-style-type: none"> -bei allen Teilnehmenden wurden dieselben Messverfahren angewendet -die Messverfahren sind reliabel und valide -Methodischer Ablauf wird genau beschrieben -ungewiss wer die Assessments mit den Teilnehmenden durchführte 	<ul style="list-style-type: none"> -Teilnehmenden können ihre Gruppenzugehörigkeit vermuten -unterschiedliche und unbekannte Settings -die Forschenden waren nicht verblindet
--	---	--

Evidenzlage:

Die Studie befindet sich auf dem Evidenzlevel 6. (unterstes Level)

Anhang B7: Streater et al. (2016)

Zusammenfassung der Studie: Cognitive stimulation therapy (CST) for people with dementia in practice: An observational study

Einleitung	<p>Problembeschreibung/Bezugsrahmen: Die KST als kognitive, psychosoziale Intervention für Personen mit einer leichten bis mittelgradigen Demenz wird im Leitfaden des nationalen Instituts for Health and Care Excellence unterstützt. Eine starke Evidenz zeigt die Wirksamkeit in Verbesserung der Kognition sowie Lebensqualität der Demenzbetroffenen. In Grossbritannien ist die KST gut bekannt. Eine kürzlich Prüfung zeigte, dass 66% der Demenzbetroffenen KST erhalten. Die KST und die weiterführende KST zeigen Verbesserungen in Kognition und Lebensqualität (Orell et. al., 2005, Spector et al., 2003). Zusätzlich zeigen Fokusgruppen und qualitative Interviews mit Betroffenen und deren Betreuer positive Erfahrungen. Einerseits indem Demenzbetroffene Teil einer Gruppe sind, sowie positive Auswirkungen auf das tägliche Leben.</p> <p>Forschungsbedarf: Der Forschungsbedarf wird damit begründet, dass wenig über die Umsetzung der KST in der Praxis bekannt ist. Dies sei problematisch, da herausgefunden wurde, dass psychosoziale Interventionen nicht in original konzipierter Form umgesetzt werden (Boersma et al., 2015, Vernooij-Dassen and Moniz Cook, 2014).</p> <p>Forschungsfrage/ Ziel: Das Ziel der Studie ist es, die Auswirkungen der KST und der weiterführender KST als Teil der gewöhnlichen Betreuung für Demenzerkrankte in der Praxis zu beurteilen.</p>
Methode	<p>Design: Es handelt sich um eine quantitative Beobachtungsstudie.</p> <p>Stichprobe: Die Stichprobe setzt sich aus elf Institutionen von fünf nationalen Gesundheitsunternehmen (NHS) von England zusammen. Pflegeheim (1), Tageszentrum (1), Tagesklinik (3), Memory Klinik (4), psychiatrische Gesundheitsvorrichtungen (2). Alle Institutionen führten die KST bereits aus oder waren in der Aufsetzung des Programms.</p> <p>Der Forscher klärte beim Manager ab, ob genügend Personal zur Durchführung der KST sowie der weiterführenden KST zur Verfügung steht. Einbezogen zur Leitung der KST wurden Mitarbeiter von Tageszentren, Langzeitinstitutionen sowie Ergotherapeuten.</p>

98 Personen wurden für geeignet eingestuft, nach Überprüfungen wurden 89 als teilnahmefähig für das Programm eingeschätzt.
89 Personen machten nur den Pretest (BL).
67 Teilnehmende machten die den Pretest- sowie den ersten Einschätzungstest (FU1).
56 Teilnehmende schlossen den Pretest- sowie die beiden Einschätzungen ab (FU2). (weiterführende KST)
→ insgesamt 33 Dropouts

Die Ein- und Ausschlusskriterien wurden von vorherigen Studien (Orrell et al., 2014) übernommen. Die Teilnehmenden müssen folgende Kriterien erfüllen:

- Eine formale Demenzform
- Leichte bis mittelschwere Demenz (eingestuft durch the clinical dementia rating scale (CDR)) sowie auch bei anderen Studien mit dem Mini Mental Status (wenn ≥ 25 wurden sie ausgeschlossen)
- Ausreichend Englisch sprechen und schreiben können
- Die Fähigkeit ein sinnvolles Gespräch zu führen
- Gutes Seh- und Hörvermögen
- Die Fähigkeit 45min in einer Gruppe mitzuwirken
- Der Wille dreimal den Test zur Kognition sowie zur Lebensqualität auszufüllen
- Keine schwere physische Erkrankung oder Behinderung welche die Teilnahme einschränken könnte
- Keine Diagnose für Lernbehinderung

Da es eine Beobachtungsstudie ist und es nur eine Studiengruppe und keine Kontrollgruppe gibt, wurde keine Randomisierung durchgeführt.

Datenerhebung:

Die Studie konzentrierte sich auf zwei Schlüsseloutcomes, Kognition und Lebensqualität.
Folgende Assessmentinstrumente wurden angewendet:

- Mini Mental Status (MMST) zur Erhebung der Kognition
- Quality of life- Alzheimers Disease (QoL-AD) für die Erhebung der Lebensqualität.

Die Assessments wurden vor (BL), nach den 7 bzw. 14 Wochen (FU1) und nach der weiterführenden KST (FU2) (nach 24 Wochen oder nachdem die Gruppe die KST beendete) durchgeführt.

Die Ergebnisse vor und nach der Intervention ermöglichten den Forschern festzustellen, ob der Nutzen aus den zuvor durchgeführten Forschungen in der Praxis nachgewiesen werden kann.

Die Forscher und seine Mitarbeitenden, welche mit den Teilnehmenden die Assessments durchführten, wurden darüber informiert und hatten das notwendige Ausbildungsniveau zur Ausführung der KST.

	<p>Intervention/ Messverfahren: Die KST wird zweimal wöchentlich während sieben Wochen in Gruppen durchgeführt (Spector et al., 2006). Das weiterführende KST Programm wird einmal wöchentlich über 24 Wochen ausgeführt (Aguirre et al., 2011). Jede Sitzung dauert 45 Minuten, dazu gehören die Einleitung, der Hauptteil (wie zum Beispiel das Wortspiel, kreative und physikalische Spiele) und ein Schlussteil. Jede Sitzung kann in den Levels A oder B durchgeführt werden und die Aktivitäten werden, je nach Level der Gruppenteilnehmenden, auf den Schwierigkeitsgrad angepasst.</p> <p>Datenanalyse: Ein gepaarter t-Test wurde zum Vergleich der Ergebnisse der ersten (FU1) sowie zweiten (FU2) Einschätzungen durchgeführt. Ein gepaarter t-Test wurde gewählt, zur Bestimmung, ob die Mittelwerte von zwei aufeinanderfolgenden Beobachtungen als normalverteilte Intervallvariablen voneinander abweichen. Das Signifikanzniveau wurde bei $p < 0.05$ festgelegt. Nachdem der MMST angepasst wurde, wurden alle zusammenfassenden Werte für die Massnahmen nach der Formel der Bewertungsregeln berechnet, welche zum Zeitpunkt der Validierung der Massnahme festgelegt wurde.</p> <p>Ethik: Alle Teilnehmenden erhielten im Voraus eine Informationsbroschüre worin das Ziel der Studie beschreiben wurde. Jeder Teilnehmende gab nach Aufklärung die Einwilligung. Die Studie wurde durch Ost London ethisch genehmigt.</p>
<p>Ergebnisse</p>	<p>Ergebnisse der soziodemografischen Daten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 57% der Teilnehmenden waren Frauen - 94% hatten helle Hautfarbe - 90% lebten in Gesellschaft - Der Altersdurchschnitt lag bei 80.4 - 52% hatten die Alzheimer Diagnose - 62% nahm Medikamente aufgrund der Demenz ein - Die Mehrheit der Teilnehmenden hatte eine leichte Demenzform mit einem Mittelwert von 21.2 Punkten beim Mini Mental Status - Die Mehrheit war im Test zur Lebensqualität im Mittelbereich bei 35.7 Punkten. - 7 Institutionen führten die KST einmal wöchentlich während 14 Wochen durch, die anderen 4 Institutionen zweimal wöchentlich während 7 Wochen. <p>Ergebnisse Kognition und Lebensqualität: Die Kognition sowie die Lebensqualität zeigte sich in der vollständigen Datenanalyse unverändert von der ersten (FU1) KST zur weiterführenden KST (FU2).</p>

	<p>Offensichtlich war jedoch, dass überwiegend Teilnehmende von der Tagesklinik, Memory Klinik oder der psychiatrischen Gesundheitsvorrichtung verbesserte Funktionsfähigkeiten im MMST zeigten.</p> <p>Gleich wie in vorherigen Studien (Orrell et al., 2005, 2014; Spector et al., 2003) wurden Teilnehmenden mit einer Punktzahl von ≥ 25 MMST von der Studie ausgeschlossen und anschliessend wurde die Analyse wiederholt.</p> <p>Nun sind nur noch Teilnehmende mit einem MMST ≤ 25 eingeschlossen. Bei der Wiederholung wurde festgestellt, dass die Kognition (geprüft durch den MMST) vor der Intervention (FU0) zur FU1 signifikante Verbesserungen mit $p=0.04$ zeigt und blieb unverändert zu FU2.</p> <p>Die Lebensqualität blieb bei der Wiederholung stabil.</p> <p>Die Lebensqualität blieb weiterhin unverändert.</p> <p>Die Verbesserung der Kognition waren unabhängig davon, ob die KST einmal oder zweimal wöchentlich durchgeführt wurde.</p> <p>Ergänzend zum Text wurden die Ergebnisse in einer Tabelle dargestellt.</p>
<p>Diskussion</p>	<p>Im Allgemeinen zeigten die Analysen keine signifikanten Unterschiede in den Punkten für Kognition oder Lebensqualität. (mit Einstufung in eine leichte bis mittelgradige Demenz mit Hilfe des CRS)</p> <p>Bei der Einstufung von einer leichten bis mittelgradigen Demenz mit Hilfe des MMST wurde eine signifikante Verbesserung der Kognition ersichtlich.</p> <p>Der Nutzen der KST wurde durch Ergebnisse festgelegt. Es handelt sich um eine Beobachtungsstudie, wobei auf die Umsetzung und Bereitstellung des Programms in der Praxis geachtet werden sollte, dies wurde durch die Ergebnismessungen nicht erfüllt. Das Ziel der Studie wurde somit nicht erreicht.</p> <p>Limitationen:</p> <p>Anhängend an die Einschlusskriterien, die in anderen Studien (Aguirre et al., 2010, Orrell et al, 2005, Spector et al., 2003) genutzt wurden ist es wichtig, Personen zu identifizieren, welche wahrscheinlich von den Interventionen profitieren werden.</p> <p>Das Ziel der Studie war es, die Gruppen in der Praxis zu beobachten, die Durchführungshäufigkeit (einmal oder zweimal wöchentlich) blieb unverändert für das Ziel der Forschung. Die Durchführungshäufigkeit wurde im Studiendesign nicht berücksichtigt und deshalb auch nicht weiter untersucht. Vorherige Studien (Cove et al., 2014) ergaben, dass die Durchführung der KST einmal wöchentlich keine effektive Dosis ist, um Veränderungen festzustellen.</p> <p>Diese Studie inkludierte Teilnehmende mit einer MMST Punktzahl von 18-30, wobei andere Studien die MMST Punktzahl von 10-24 als Einschlusskriterien sahen (Orrell et al., 2014 & Spector et al., 2003).</p>

	<p>Die Durchführung in der Gruppe wurde nicht beobachtet, was sinnvoll hätte sein können.</p> <p>Die Forscher haben Anlass zur Sorge, dass der potenzielle Mangel an Einheitlichkeit und Einhaltung der KST in den verschiedenen Institutionen die Forschungsergebnisse beeinflussen.</p> <p>Als Moderatoren der KST können Mitarbeitende eingesetzt werden. Durchführung und Aufrechterhaltung des Programms ist es wichtig, die Ermittlungen und Anpassungen, welche am Programm vorgenommen wurden zu identifizieren, da es mögliche Auswirkungen auf die Ergebnisse haben könnte.</p> <p>Es gab im Verlauf vom Anfang bis zur FU2 immer mehr Dropouts und fehlende Daten. Die Forscher führen dies darauf zurück, dass Mitarbeitende der Institutionen die KST durchführten und nur begrenzten Aufwand betreiben, um die Assessments zu einem späteren Zeitpunkt zu erheben, wenn Teilnehmende fehlten. Es wäre erfolgreicher gewesen, wenn ein Forscher während der Ausfüllung der Assessments anwesend gewesen wäre. Dies war aufgrund Zeitbeschränkung und beschränkter Ressourcen nicht möglich.</p> <p>Die Studie hatte eine kleine Stichprobenzahl, dies reduziert die statistische Leistung, um eine Effektgrösse zu bestimmen. Eine grössere Stichprobenzahl und vielfältigere Einschlusskriterien sind erforderlich, um festzustellen, ob diese positiven Ergebnisse in der Praxis reproduzierbar sind.</p> <p>Es gab keine Kontrollgruppe und somit keine Randomisierung. Das Fehlen der Kontrollgruppe wurde damit begründet, dass die Behandlung bereits als stark evidenzbasiert eingeordnet ist und Teilnehmende nicht von einem Programm, welches in die gewöhnliche Pflege gehört entzogen werden sollten. Eine weitere randomisierte kontrollierte Studie würde vorherige Forschungen duplizieren und die Form der Beobachtungsstudie war ergänzend zu vorherig durchgeführten Studien.</p> <p>Vorherige Studien (Spector et al., 2003) hatten eine Kontrollgruppe und die Ergebnisse aus dieser Beobachtungsstudie war im Vergleich zu deren Kontrollgruppe positiv, da die Kognition bei $p=0.04$ signifikant blieb. Diese Ergebnisse unterstützen somit eine routinemässige Durchführung der KST in der Praxis.</p> <p>Die Notwendigkeit zu zeigen, dass die Ergotherapie nach dem Motto von evidenzbasierter Praxis arbeiten sollen, kann mit der Durchführung dieser praxisorientierten Forschung erreicht werden. Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen sind entscheidend für die Befriedigung von Bedürfnissen von Personen mit einer leichten bis mittelschweren Demenz und KST ist eine Therapie mit nachgewiesenem Nutzen für diese Zielgruppe. Die Therapie ist personenzentriert und richtet sich nach dem PEO model (Law et al., 1996) und den ergotherapeutischen Prinzipien (Yuill and Hollis, 2011). Diese praxisorientierte Forschung ermöglicht es Ergotherapeuten, sich Gedanken im Zusammenhang mit Fragen zur Wirksamkeit und Wahl einer Intervention, in diesem Fall KST zu machen.</p>
--	--

	<p>Schlussfolgerung: Abschliessend zeigt diese Studie, dass mit konstanten Einschlusskriterien der Teilnehmenden, die Kognition mit KST verbessert und mit der aufrechterhaltenden KST weitergeführt werden kann. Die Lebensqualität bleibt beständig. Diese Erkenntnisse unterstützen die starke Beweislage, die Anwendung von KST in gewöhnlicher klinischer Praxis zu befürworten.</p> <p>Forschungsbedarf: Weitere Studien in Bezug auf die KST und weiterführende KST mit genauer Berücksichtigung der Einschlusskriterien von Personen mit Demenz wären lohnenswert.</p> <p>Die Studie zeigt zusätzlich, ohne Berücksichtigung der Häufigkeit des KST Programms, dass eine effektive Verbesserung der Kognition und Aufrechterhaltung der Lebensqualität in klinischer Praxis in unterschiedlichen Gesundheitsorganisationen festzustellen ist.</p>
--	---

Würdigung der Studie: Cognitive: stimulation therapy (CST) for people with dementia in practice: An observational study

Einleitung	<p>Die Studie bezieht sich auf die Fragestellung dieser Arbeit, indem die Auswirkungen der KST auf die Lebensqualität von Betroffenen mit einer leichten bis mittelschweren Demenz untersucht werden. Die Studie ist zu einem gewissen Grad für die Beantwortung der Fragestellung dieser Arbeit verwendbar.</p> <p>Das Ziel der Studie, die Verwendung von KST sowie der weiterführenden KST in der Praxis zu beurteilen, wird beschrieben. Keine konkrete Forschungsfrage oder Hypothese wurde formuliert.</p> <p>Der Forschungsbedarf wird mit Einbezug vorgängiger Literatur und Forschungen begründet.</p>
Methode	<p>Design: Beobachtungsstudie nicht sinnvoll, wenn nicht beobachtet wird. Beobachtungsstudien weisen oft hohe Verzerrungen auf.</p> <p>Gefahren der internen Validität werden in der Studie nicht beachtet, aber in der Diskussion erwähnt. Gefahren der externen Validität werden nicht beachtet.</p> <p>Die Durchföhrhäufigkeit der Intervention (einmal oder zweimal wöchentlicher) wird im Studiendesign nicht berücksichtigt.</p>

	<p>Stichprobe: Die Stichprobe ist repräsentativ auf die Zielpopulation. Die Stichprobengrösse ist klein und verringert sich im Verlauf der Studie Die Stichprobenziehung wird begründet indem sie den Faktoren vorheriger Studien (Orrell et al., 2014) angepasst wurde Dropouts wurden angegeben. Annahmen der Gründe der Drop-Outs werden beschrieben. Die Dropouts beeinflussen die Ergebnisse nicht. Es wurde keine Vergleichsgruppen gebildet, mit der Begründung, dass die Teilnehmenden nicht dem Programm der gewöhnlichen Pflege entzogen werden sollten. Zwei aufeinanderfolgende Einschätzungen der gleichen Studiengruppe werden mit der Basiseinschätzung verglichen.</p> <p>Datenerhebung: Zur Auswahl der Assessmentinstrumente kann gesagt werden, dass sie die Wirkung der KST aufzeigen, jedoch keine Beobachtungsaufgaben erfüllen. Die Daten wurden von einem Teilnehmenden nicht erhoben.</p> <p>Messverfahren/ Intervention: Die Einschätzungsinstrumente MMST und QoL-AD sind valide und reliabel. Die Messinstrumente werden beschrieben und begründet. Verzerrungen und Einflüsse auf die Intervention wurden erwähnt.</p> <p>Datenanalyse: Der gepaarte t-Test ist sinnvoll, um festzustellen, ob die Mittelwerte von zwei aufeinanderfolgenden Beobachtungen als normalverteilte Intervallvariablen voneinander abweichen. Der T-Test ist jedoch anfällig auf Verzerrungen. Die Verfahren der Datenanalyse wurde ungenau beschrieben. Das Signifikanzniveau wurde festgelegt $p < 0.05$. Damit kann eine statistische Beurteilung erfolgen. Das Signifikanzniveau wurde nicht begründet.</p> <p>Ethik: Die Teilnehmenden gaben nach Aufklärung ihre Einwilligung gemäss den Bestimmungen des Mental Capacity Act (Department of Health, 2005). Die Studie wurde von der Ethikkommission Ost London (ethical approval reference number 11/LO/0059) genehmigt. Keine weiteren ethischen Fragen wurden in der Studie diskutiert. Über die Beziehung der Forschenden und Teilnehmenden wurde nichts erwähnt, es kann jedoch angenommen werden, dass sich Forscher (Durchführung der KST) und Teilnehmende nicht kennen.</p>
Ergebnisse	<p>Die soziodemografischen Daten, welche am häufigsten vorkamen, werden ebenfalls beschrieben, jedoch nicht genauer erläutert, hinterfragt oder in einer Tabelle dargestellt.</p>

	Weitere Ergebnisse werden vorgestellt und in Tabellen ergänzend zum Text aufgezeigt.
Diskussion	<p>Die Studie veranschaulicht die Ergebnisse der Tests, das Ziel wurde jedoch damit nicht erreicht.</p> <p>Alle Resultate wurden erwähnt und diskutiert. Die Aussage, dass die Durchführhäufigkeit keine Rolle spielt wurde ausgesagt, es liegen jedoch keine Angaben der Testung vor.</p> <p>Im Diskussionsteil werden die Resultate diskutiert und mit anderen Studienergebnissen verglichen. Die Resultate werden mit anderen Studien verglichen und daraus alternative Erklärungen gesucht. Die Studie wurde als ergänzend zu vorgängigen Studien beschrieben.</p> <p>Die Studie zeigt, dass bei konsequenter Einbeziehung der Ein- und Ausschlusskriterien die KST eine Aufrechterhaltung der Lebensqualität zeigt. Wie auch auf weitere Studien aufzeichnen sollte die KST routinemässig in den Settings der Pflegebereiche angewendet werden.</p>

Gütebeurteilung nach Bartholomeyczik et al. (2008):

Objektivität	Reliabilität	Validität
-Hauptforscherin ist an KST-Handbuch beteiligt, es besteht ein Interessenskonflikt	<ul style="list-style-type: none"> -Es wurden immer dieselben Messverfahren angewendet -Die Messinstrumente sind reliabel und valide -Unklarheiten der Datenanalyse -unterschiedliche Personen führten Assessments aus -unterschiedliche Personen führten KST aus 	<ul style="list-style-type: none"> -Personen, welche die KST durchführten, verfügten über ausreichendes Ausbildungsniveau -Studie wurde in unterschiedlichen Settings durchgeführt -Forschungsdesign unpassend zur Zielverfolgung der Studie

Evidenzlage:

Die Studie befindet sich auf dem Evidenzlevel 6. (unterstes Level)